



SPETT.LE ASSOCIAZIONE NAZIONALE SAPAR

Via Antonio Salandra n.1/A

00187 Roma

**MODULO RICHIESTA BORSA DI STUDIO ASSOCIATO GENITORE/RAPPRESENTANTE  
LEGALE DEL MINORE**

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_, cell \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ nella  
qualità di genitore/rappresentante legale del minore \_\_\_\_\_, Tessera Sapar  
nr. \_\_\_\_\_, con la presente dichiara di essere in possesso dei requisiti di cui al  
punto 1 del bando di Concorso Borse di Studio per l'anno 2019 indetto  
dall'Associazione Nazionale Sapar.

(Firma leggibile) \_\_\_\_\_

(Luogo e data) \_\_\_\_\_