

OGGETTO: RINUNCIA IRREVOCABILE AI BENEFICI ARDIS PER L'A.A. _____ / _____

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

codice fiscale data di nascita ___ / ___ / _____

Città di nascita _____ Stato di nascita _____

Residente nello Stato _____ Città _____ CAP _____

via/viale/piazza/ _____ n. _____

e-mail _____

RINUNCIO ALLA DOMANDA/BENEFICIO

<input type="checkbox"/> SEDE DI TRIESTE	<input type="checkbox"/> SEDE DI UDINE
--	--

- Borsa di studio
- Posto alloggio

per i seguenti motivi:

Allego copia di un documento di identità in corso di validità.

Trieste, ___ / ___ / _____

firma leggibile