

Alla CASSA MUTUA Sanità Regione Lazio  
Soc. Cooperativa a r.l.  
Via A.G. Badoero 67c – 00154 Roma

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER ASSEGNI DI STUDIO RISERVATO  
AI FIGLI DEI SOCI DELLA CASSA MUTUA – DIPLOMA DI MATURITA' 2018/2019**

..l. sottoscritt..... nat... a ..... (PR) .....  
il ..... Cod Fis. ....residente in.....  
via ..... c.a.p. .... PR ..... tel.....

In servizio presso l'azienda sanitaria .....

Soc... di codesta CASSA MUTUA dal ..... Chiede di partecipare al concorso per 40 assegni di studio da € 150,00 per il conseguimento del diploma di maturità del figli.....

...l... sottoscritta all'uopo dichiara:

- Che il titolo è stato conseguito in data ..... con punti .....
- Di essere a conoscenza che l'assegnazione avverrà in subordine sulla base dei seguenti criteri:
  1. punteggio ottenuto sul certificato di studio
  2. percorrenza scolastica
  3. anzianità di iscrizione alla CASSA MUTUA
- Di essere a conoscenza che l'assegno viene erogato ai soci che abbiano una anzianità di iscrizione maturata di almeno 5 anni compiuti al 31/12/2019
- Di voler ricevere il contributo richiesto mediante:

..... accredito sul c/c bancario IBAN .....

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti:

- certificato di studio in originale o in copia autenticata.
- certificato di stato di famiglia ove risulti il familiare a carico o autocertificazione.
- E-mail obbligatoria per la comunicazione dell'avvenuta approvazione e giorno di pagamento.

E-mail .....

**LA DOCUMENTAZIONE SOPRA INDICATA NON E' SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE  
IN CASO DI DOCUMENTAZIONE ALLEGATA CARENTE O NON CORRISPONDENTE AI REQUISITI  
RICHIESTI, LA DOMANDA E' INAMMISSIBILE.**

Data.....

Firma.....

Prot. ....

---

RICEVUTA N. .... DEL .....

Per la domanda presentata dal socio .....  
per la partecipazione al concorso per 40 assegni di studio da € 150,00 per il conseguimento del diploma di maturità.

Timbro e firma dalla Cassa