Università degli Studi Guglielmo Marconi

Modulo di accettazione Borsa di Studio – Corso di Dottorato di Ricerca

Il sottoscritto

Cognome | Nome

Data nascita | Luogo di nascita

Città di residenza | Prov.

C.A.P. | Indirizzo di residenza

Telefono | indirizzo e-mail

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)

Risultato vincitore di borsa di studio relativa al Dottorato di Ricerca in | Ciclo

DICHIARA

- di accettare la borsa chiedendo di riscuoterla utilizzando le seguenti coordinate:

Denominazione Istituto

Intestazione conto

IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	BANCA (ABI)	AGENZIA (CAB)	CONTO CORRENTE

SI PRECISA CHE TUTTI I DATI PERSONALI SARANNO TRATTATI SECONDO QUANTO PREVISTO DAL D.LGS 196/2003 COSÌ COME MODIFICATO E INTEGRATO DAL REG. UE 2016/679. IN CASO DI DATI MANCANTI O INCOMPLETI L'UNIVERSITÀ NON È RESPONSABILE PER IL MANCATO O RITARDATO PAGAMENTO.

DATA | FIRMA