Spett.leARDiS
Salita Monte Valerio, 3
34127 TRIESTE
ardis@certregione.fvg.it

OGGETTO: RINUNCIA AI BENEFICI DI ARDiS PER L'A. A. 2024/ 2025.

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._____

@MAIL_____

RINUNCIO ALLA DOMANDA/BENEFICIO DI

- ☐ Borsa di studio afferente la graduatoria della sede di Trieste
- ☐ Borsa di studio afferente la graduatoria della sede di Udine

(indicare con una crocetta il beneficio o i benefici ai quali intende rinunciare)

per i seguenti motivi:

_____

_____

_____

Allego copia di un documento di identità.

Udine,_____/ ____/ _____

_____

firma leggibile