

Compilare un modulo per ogni figlio a carico

**Spett.le
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
CREDIT AGRICOLE ITALIA SPA**

Società Matr.

Cognome Nome Dipendente

CHIEDE l'erogazione dell'anticipo della borsa di studio per:

cognome e nome del figlio a carico ()*

nato a il

comune di residenza figlio

DICHIARA che il beneficiario è iscritto per la prima volta al primo anno di corso presso:

UNIVERSITÀ

SEDE di

FACOLTÀ DI

Si allega documentazione attestante l'iscrizione al 1° anno accademico 2025-2026.

data

firma del dipendente

(*) Il figlio a carico maggiorenne, informato ai sensi e per gli effetti della normativa tempo per tempo vigente in materia di protezione dei dati personali, con l'apposizione della firma esprime il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano:

firma del figlio _____