D I C H I A R A Z I O N E

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a _____ dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dal bando INPS A.A. 2016/2017 per partecipare alla relativa selezione per l'erogazione delle borse di studio finalizzate alla partecipazione al seguente Master _____.

Luogo e data_____

In fede

_____