

Concessione di assegni di studio per formazioni specialistiche in ambito sanitario

Elenco quote d'iscrizione e fatture

del/della richiedente

Cognome Nome

Codice fiscale

Elenco quote d'iscrizione

Nome dell'ente formativo con indicazione della sede

N. corr.	Anno accademico	Rata n.	Data rata	Importo in €
1			. .	
2			. .	
3			. .	
4			. .	
5			. .	
			Costi complessivi	

Elenco delle fatture per autoterapia e/o supervisione

N.	Beneficiario/a	Oggetto prestazione	Numero fattura	Data fattura	Importo in €
1				. .	
2				. .	
3				. .	
4				. .	
5				. .	
6				. .	
7				. .	
8				. .	
9				. .	
10				. .	
11				. .	
12				. .	
13				. .	
14				. .	
15				. .	
				Costi complessivi	