



COMUNE DI INCISA IN VAL D'ARNO
(Provincia di Firenze)

Diritto allo Studio per l'anno scolastico 2013/2014 - "Pacchetto Scuola"

IL SOTTOSCRITTO

IN QUALITA' DI: genitore affidatario esercente patria potestà studente maggiorenne

COGNOME _____ NOME _____ NAT_ IL __/__/_____

A _____ COD.FISC.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E RESIDENTE A _____ VIA _____

N°. _____ TEL _____ CELL. _____

E-MAIL _____

CON DOMICILIO A _____ IN VIA _____ N°. _____
(a cui inviare la corrispondenza, se diverso dalla residenza)

DELL'ALUNNO:

COGNOME _____ NOME _____ NAT_ IL __/__/_____

COD. FISC.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA :

PRIMARIA _____ DI _____ CLASSE _____

SECONDARIA DI 1° GRADO _____ DI _____ CLASSE _____

SECONDARIA DI 2° GRADO _____ DI _____ CLASSE _____

CHIEDE

L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO AL DIRITTO ALLO STUDIO "PACCHETTO SCUOLA" per studenti residenti nel Comune di _____ che frequentano scuole primarie e secondarie di 1° e 2° grado di età non superiore a 20 anni al momento della domanda, appartenenti a nuclei familiari con indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) **non superiore ad € 15.000,00**

A TAL SCOPO DICHIARA

- 1) che l'indicatore ISEE, relativo ai redditi 2012, del nucleo familiare dello studente è di € _____
- 2) che lo studente per il quale viene richiesto il beneficio è stato promosso nell'a.s. 2012/13

SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	-----------	--------------------------	--------------------------
- 3) che lo studente ha percepito contributi per l'anno scolastico 2012/13:

SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	-----------	--------------------------	--------------------------
- 4) che lo studente ha un'età, ad oggi, non superiore ad anni 20

SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	-----------	--------------------------	--------------------------
- 5) che lo studente ha un handicap riconosciuto in base alla L. 104/92 o invalidità non inferiore al 66%

SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	-----------	--------------------------	--------------------------

5)
- 6) di essere a conoscenza che, nel caso di assegnazione dei benefici, si applica l'art.4 comma 2 del D.lgs. 31/3/98 n. 109 in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite ed in caso di dichiarazioni non veritiere sarà passibile di sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000 e amministrative, oltre la revoca dei benefici percepiti;

ALLEGA

Copia del documento di identità (la cui mancata presentazione è causa di esclusione)

COMUNICA LE MODALITÀ DI RISCOSSIONE

- Riscossione diretta presso lo sportello di Tesoreria
- Tramite accredito su conto corrente (intestato al richiedente) IBAN: _____

2 lettere	2 numeri	1 lettera	5 numeri	5 numeri	12 caratteri

Data _____

Firma _____

LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO IL 31 OTTOBRE 2013
(con allegato copia di un documento valido di identità)