

Nome _____ Cognome _____
C.F. _____ Nato a _____
il _____ figlio/a di _____
e di _____, residente a _____
in via _____ n. _____ poiché trovasi in (*barrare la lettera che interessa*)

A) Condizioni economiche disagiate (allegare attestazione ISEE in corso di validità)

B) Condizione di disabilità certificata (allegare certificazione)

Nome _____ Cognome _____
C.F. _____ Nato a _____
il _____ figlio/a di _____
e di _____, residente a _____
in via _____ n. _____ poiché trovasi in (*barrare la lettera che interessa*)

A) Condizioni economiche disagiate (allegare attestazione ISEE in corso di validità)

B) Condizione di disabilità certificata (allegare certificazione)

2) che le coordinate bancarie dove si richiede l'accredito del contributo sono le seguenti:

IBAN ABI CAB C/C

Banca o Ufficio Postale _____, intestato al sottoscritto, nella
qualità di _____ legale rappresentante della Scuola
Paritaria denominata _____

3) di essere consapevole che l'Amministrazione regionale, ai sensi dell'art. 71 e seguenti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ha facoltà di "effettuare idonei controlli, anche a campione e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47" e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato nella presente istanza, decadrà dal beneficio;

4) di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D.L.vo 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per l'erogazione del contributo compreso i controlli.

5) di allegare alla presente istanza la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di identità del legale rappresentante.

- Numero _____ dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (**secondo modello D**) dai genitori degli alunni ammessi gratuitamente alla frequenza, con allegata attestazione I.S.E.E. 2018.

data _____

firma _____