Logo%20Carta%20Intestata%204%20kb

COMUNE DI PESCOSOLIDO

PROVINCIA DI FROSINONE

**FONDO UNICO BORSE DI STUDIO D. LGS. N. 63/2017. DGR N. 50/2019. INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DELLE BORSE DI STUDIO – ANNO SCOLASTICO 2018/2019.**

**Oggetto**: Assegnazione Borse di Studio art. 9 c. 1 D. Lgs. 63/2017 a.s. 2018/2019

Generalità del richiedente, esercente la potestà genitoriale sul minore

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome: |  |  | | Nome: | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Codice Fiscale** | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Generalità dello studente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome: |  |  | | Nome: | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Luogo di nascita: |  |  | | Data di nascita: | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Codice Fiscale** | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nell’ipotesi di studente maggiorenne, riportare solo i dati dello studente richiedente.

Frequentante nell’a.s. 2018/2019 la classe \_\_\_\_\_\_\_Sez.\_\_\_\_\_\_

Della scuola secondaria di II grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice meccanografico autonomia scolastica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

**Di essere ammesso alla Graduatoria Regionale D. Lgs. 63/2017, annualità 2018/2019** ai fini della concessione di **Borsa di Studio**, con riferimento all’anno scolastico 2018/2019

**ALLEGA Attestazione ISEE del nucleo familiare, ai sensi del DPCM 05.12/2013 n. 159**, in corso di validità

Indicazione Reddito ISEE = €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( il limite massimo di reddito ISEE per essere ammessi in graduatoria è di €. 10.700,00)**

ALLEGO fotocopia del documento di riconoscimento

Il richiedente **dichiara** di aver conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l’art. 4 comma 2 del decreto legislativo 31.31998, **n. 109**, in materia di **controllo della veridicità delle informazioni fornite**

Infine **dichiara** di accettare ai sensi del **Regolamento UE 2016/679,** il trattamento dei dati personali.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma