



## COMUNE DI SANSEPOLCRO

### INCENTIVO ECONOMICO “PACCHETTO SCUOLA”- A.S. 2019/2020 DOMANDA DI AMMISSIONE AL BANDO E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE A NORMA DEL D.P.R. N.445/2000

Al Sindaco del Comune di Sansepolcro

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di: (barrare la casella d'interesse)

genitore o avente la rappresentanza legale dello/a studente/ssa identificato/a al successivo punto 2

studente/ssa maggiorenne identificato/a al punto 1

### C H I E D E

di partecipare al bando per l'assegnazione dell'incentivo economico individuale “Pacchetto scuola” per gli studenti residenti nel Comune di Sansepolcro ed iscritti, nell'anno scolastico 2019/2020, alle scuole secondarie di primo o di secondo grado, statali, paritarie, private e degli enti locali, o a percorsi di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) presso una scuola secondaria di secondo grado o un'agenzia accreditata, appartenenti a nuclei familiari con un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 15.748,78.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

### DICHIARA:

#### 1 - GENERALITÀ E RESIDENZA ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE (genitore – esercente la patria potestà – studente maggiorenne)

Cognome					Nome					Sesso			
										F	M		
Via/piazza							n.		CAP				
Comune					Provincia		Telefono						
Codice fiscale													
Comune Provincia e Stato di nascita									Data di nascita			Nazionalità	

## 2 - GENERALITÀ E RESIDENZA ANAGRAFICA DELLO/DELLA STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome	Nome	Sesso	
		F	M
Via/piazza		n.	CAP
Comune	Provincia	Telefono	
Codice fiscale			
Comune Provincia e Stato di nascita		Data di nascita	Nazionalità

## 3 – SCUOLA/ISTITUTO A CUI E' ISCRITTO LO/A STUDENTE/STUDENTESSA PER L'A.S. 2019/2020

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO	<input type="checkbox"/>
SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO	<input type="checkbox"/>
IST. ISTR. E FORMAZIONE PROFESS.LE	<input type="checkbox"/>

Denominazione dell'Istituzione Scolastica		
Via/Piazza	n.	Provincia
Comune	Classe	Sezione (se nota)

Denominazione Agenzia Formativa Accreditata (solo iscritti a IeFP)		
Via/Piazza	n.	Provincia
Comune	Classe	Sezione (se nota)
Titolo del Percorso		

## 4 – DISABILITÀ (DA COMPILARSI SOLO SE SI VERIFICA LA SITUAZIONE DESCRITTA)

Il richiedente dichiara che lo/la studente/studentessa indicato/a al punto 2 è soggetto disabile, con handicap riconosciuto ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 o con invalidità non inferiore al 66%, secondo la certificazione rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

