

Domanda borsa di studio Corso Medio Superiore

Al Presidente della
ASP dei Comuni della Bassa Romagna – Bagnacavallo

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____

il _____, residente a _____

in Via/P.zza _____ Tel. _____

CHIEDE

che suo figlio/a _____
sia ammesso/a a partecipare alla procedura per l'assegnazione della Borsa di Studio per il CORSO
MEDIO SUPERIORE anno scolastico 2018-2019

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità che suo figlio/a:

1) è nato/a a _____ il _____ risiede a _____
in Via _____;

2) è iscritto/a al corso medio superiore presso la scuola _____
e frequenta nell'anno scolastico 2018-2019 la classe _____;

3) nella sessione estiva dell'anno scolastico 2017-2018 ha conseguito la seguente media dei voti o
giudizio globale _____ (**allegare anche copia della pagella**);

4) di essere/non essere titolare di altra borsa di studio o sussidi scolastici (in caso affermativo
indicarne l'importo) €. _____.

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a
verità e si obbliga a provarlo mediante la presentazione di documenti che saranno
eventualmente richiesti in caso di assegnazione della borsa di studio.

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi dell'art. 11 della L. 675/96, il proprio consenso al trattamento
dei propri dati personali e di quelli del proprio figlio/a da parte della Azienda.

Dichiara altresì che gli sono state rese le informazioni di cui all'art. 10 della medesima legge
(L.675/96).

**Il/la sottoscritto/a allega, inoltre, il modulo in cui si dichiara l'ammontare
dell'indicatore assoluto familiare I.S.E.E. per l'anno 2017.**

Data _____

Firma

ASP DEI COMUNI DELLA BASSA ROMAGNA

Via Mazzini, 3 – Bagnacavallo – Tel. 0545 934782 - Fax 0545 61119

E-mail: info@aspbassaromagna.it

ASSEGNAZIONE BORSE DI STUDIO ANNO 2018-2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art.2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato dall'art. 3, comma 10, legge 15 maggio 1997, n. 127)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____ ☎ _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 della citata legge n. 15/1968 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

☎ che la mia famiglia convivente si compone di:

N. d'ord.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	Rapporto con il/la dichiarante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Che l'ammontare dell'indicatore assoluto familiare I.S.E.E. per l'anno 2017 è di € _____.

Esente da imposta di bollo ai sensi degli artt. 21 legge 15/1968 e 14 tabella allegato B), D.P.R. 642/1972

DATA _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

❖ **ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'** ❖