

Amministrazione destinataria

Regione Friuli Venezia Giulia

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

**Domanda di concessione di agevolazioni per l'accesso ai servizi scolastici*****anno scolastico*****/****Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario**

|                               |                          |                             |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Cognome                       | Nome                     | Codice Fiscale              |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>        |
| Data di nascita               | Sesso                    | Luogo di nascita            |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>        |
| Cittadinanza                  | <input type="text"/>     |                             |
| Residenza                     |                          |                             |
| Provincia                     | Comune                   | Indirizzo                   |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>        |
| Civico                        | Barrato                  | Scala                       |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>        |
| Piano                         | SNC                      | CAP                         |
| <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>        |
| Telefono cellulare            | Telefono fisso           | Posta elettronica ordinaria |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>        |
| Posta elettronica certificata |                          | <input type="text"/>        |

**del minore**

|                      |                          |                      |
|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                     | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                    | Luogo di nascita     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Cittadinanza         | <input type="text"/>     |                      |
| Residenza            |                          |                      |
| Provincia            | Comune                   | Indirizzo            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Civico               | Barrato                  | Scala                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica****CHIEDE**

la concessione di un'agevolazione ai seguenti servizi scolastici

|                      |
|----------------------|
| Servizi scolastici   |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

**per la seguente motivazione**

**Motivazione**

- ☐ nuclei familiari monogenitoriali
- ☐ nuclei familiari con la presenza di almeno tre figli minori ovvero nuclei familiari numerosi
- ☐ nuclei familiari nei quali vi è stata perdita o riduzione dell'attività lavorativa di uno o entrambi i percettori di reddito a causa del decesso di un componente ovvero stato di invalidità accertato per il quale il soggetto risulta ancora in attesa della prevista provvidenza economica
- ☐ nuclei familiari con stato di disoccupazione da parte dell'unico percettore di reddito in conseguenza di ristrutturazione e cessazione dell'attività aziendale presso cui prestava lavoro in qualità di dipendente
- ☐ nuclei familiari con la presenza di un minore con comprovata relazione medico clinica che accerti lo stato di disabilità
- ☐ nuclei familiari con accertata assenza di reddito non continuativa e riferita esclusivamente all'anno di riferimento dell'autodichiarazione ISEE
- ☐ altro (specificare)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- ☐ di possedere il seguente ISEE

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Importo              | Data di rilascio     | Data di scadenza     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| €                    |                      |                      |

- ☒ che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

| Cognome              | Nome                 | Data di nascita      | Grado di parentela (*) | Professione (**)     |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |

Grado di parentela (\*)

coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

Professione (\*\*)

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

- ☒ di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

**Eventuali annotazioni**

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

- ☐ altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

**Luogo**

**Data**

**Il dichiarante**