



Associazione di Diritto Privato
Via Mantova, 1
00198 - Roma
C.F. 80021670585

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BORSA DI STUDIO A FAVORE DEI
DOTTORI COMMERCIALISTI CHE ABBIANO FREQUENTATO CORSI
UNIVERSITARI DI LAUREA, DOTTORATI DI RICERCA E MASTER
UNIVERSITARI
ANNO ACCADEMICO 2014/2015**

Art. 5 del Nuovo Regolamento di disciplina delle funzioni di assistenza e di mutua solidarietà – Disciplinare “B”

Il/la sottoscritt _____ nat ____ il
____/____/____ a _____, (prov. _____), codice
fiscale _____;

CHIEDE

(la domanda completa di tutta la documentazione deve essere presentata, a pena di inammissibilità, in data non antecedente all’approvazione del bando di concorso da parte del Consiglio di Amministrazione e comunque entro il termine del 15/03/2017).

di essere ammess__ al concorso per l’attribuzione della borsa di studio a favore dei Dottori Commercialisti per aver frequentato nell’anno accademico 2014/2015 corsi universitari di laurea, dottorati di ricerca e master universitari.

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli di dottore commercialista portatori di handicap o malattie invalidanti ***(barrare l’ipotesi solo se ricorre)***;
- di non voler beneficiare, nell’anno di pagamento della borsa di studio, delle detrazioni previste dall’art. 13 del TUIR in quanto possessore di altri redditi ***(barrando l’ipotesi verranno applicate le ritenute fiscali sull’importo della borsa di studio)***;
- di non aver beneficiato e di non beneficiare di altre borse di studio, assegni, premi o sussidi da chiunque erogati in relazione ai risultati scolastici od accademici ai quali il bando si riferisce;
- di voler ricevere il contributo richiesto mediante ***(barrare la modalità prescelta)***:
 - accreditamento in c/c bancario n. _____ presso _____, intestato al/alla sottoscritt ____, codice IBAN: _____ e codice BIC/SWIFT: _____ (se il conto è estero);

- assegno circolare non trasferibile intestato al/alla sottoscritt _____ da recapitare al seguente domicilio in _____, comune di _____, (prov. _____)
Via _____, n. _____, c.a.p. _____, esonerando la CNPADC da ogni responsabilità per smarrimento dell'assegno ovvero illecita riscossione dello stesso da parte di terzi.

ALLEGA

(in caso di documentazione allegata carente o non corrispondente a quanto di seguito indicato, la domanda è inammissibile)

- copia del documento d'identità del sottoscrittore della domanda in corso di validità, in cui siano ben visibili la data di rilascio e la data di scadenza;
- **certificato** di stato di famiglia del richiedente rilasciato in data non antecedente a tre mesi (**CERTIFICATO NON SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE**);
- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare;
- copia integrale della eventuale sentenza di separazione o di divorzio;
- **certificazione** relativa alla frequenza del corso universitario di laurea, dottorato di ricerca e master universitario, con indicazione del periodo in cui è stato svolto (**CERTIFICATO NON SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE**);
- certificazione relativa all'entità della quota di partecipazione con ricevuta del pagamento effettuato;
- documentazione relativa alle spese sostenute per lo svolgimento del periodo all'estero;
- copia certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della legge 15/10/1990 n. 295, come previsto dall'art. 4 della legge 5/02/1992 n. 104 (**obbligatorio se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli di dottore commercialista portatori di handicap o malattie invalidanti**).

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt _____, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata, ai sensi dell'art. 13 del medesimo Decreto, sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei dati dichiarati nella presente domanda, ed in particolare dei dati considerati sensibili ai sensi dell'art. 4, lettera d), del Decreto Legislativo n. 196/2003, da parte della CNPADC e dei terzi ai quali la stessa li comunicherà per la gestione e corretta esecuzione della presente domanda e per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dallo Statuto della CNPADC medesima.

Data _____

Firma _____

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1 - 00198 o con consegna diretta all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1.

Tutte le comunicazioni relative alla presente domanda verranno inviate alla casella di posta elettronica certificata (PEC) se precedentemente comunicata e autorizzata (è possibile fornire l'indirizzo PEC accedendo nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it) in caso di assenza di indirizzo PEC verrà inviata Raccomanda A.R.