



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

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BORSA DI STUDIO A FAVORE DEI FIGLI DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

TIPOLOGIA "A" CONSEGUIMENTO DELLA LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE ANNO SCOLASTICO 2014/2015

Art. 5 del Nuovo Regolamento di disciplina delle funzioni di assistenza e di mutua solidarietà – Disciplinare "A"

Il/la sottoscritt _____ nato/a
il ____/____/____ a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____, residente in _____,
(prov. ____),
Via _____, n. _____,
c.a.p. _____, tel. _____, tel. cell. _____;

IN QUALITA' DI: (barrare l'ipotesi che ricorre)

iscritto/pensionato alla CNPADC per il/la figlio/a minorenne:

Sig./Sig.ra _____, nat ____, il
____/____/____ a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____;

coniuge superstite dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:

Dott./Dott.ssa _____, nat ____, il
____/____/____, a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____ **per
il/la figlio/a minorenne:**

Sig./Sig.ra _____, nat ____, il
____/____/____, a _____,
(prov. ____) codice fiscale _____;

esercente la responsabilità genitoriale/tutore o curatore del/della:

Sig./Sig.ra _____, nat ____, il
____/____/____, a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____ **figlio/a minorenne dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:**

Dott./Dott.ssa _____, nat ____, il
____/____/____, a _____,
(prov. ____) codice fiscale _____;

- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare dello studente;
- **certificato** rilasciato dalla segreteria della scuola che attesti l'avvenuto conseguimento della licenza di scuola media inferiore, la relativa votazione e la seguente tassativa e letterale indicazione: **“LO STUDENTE NON È STATO RIPETENTE NELL'ANNO SCOLASTICO 2014/2015”**. **Non saranno ammesse diciture diverse da quella indicata (CERTIFICATO NON SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE)**;
- copia della 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 pubblica, 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 _____

(per esteso e leggibile)

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) dell'iscritto/pensionato se precedentemente comunicata e autorizzata (è possibile fornire l'indirizzo PEC accedendo nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it) in mancanza di PEC verrà inviata una Raccomandata A.R. all'indirizzo dell'iscritto/pensionato.

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'iscritto/pensionato, le comunicazioni relative alla presente domanda saranno inviate tramite Raccomandata A.R. all'indirizzo indicato nel presente modulo.