



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 "C"

CONSEGUIMENTO DEL DIPLOMA O SUPERAMENTO DEGLI ESAMI DI MATURITA' PREVISTI AL TERMINE DELL'ULTIMO ANNO DEI CORSI DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE 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)

figlio/a maggiorenne dell' iscritto/pensionato alla CNPADC:

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

figlio/a maggiorenne superstite dell' iscritto/pensionato alla CNPADC:

Dott./Dott.ssa _____, 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 figli dei Dottori Commercialisti - **Tipologia "C"** - per aver conseguito il diploma o per aver superato gli esami di maturità previsti al termine dell'ultimo anno dei corsi di scuola media superiore con votazione di almeno **80/100** senza essere stato ripetente nell'anno scolastico 2014/2015.

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 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 _____

(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.

I figli maggiorenni che desiderano ricevere le comunicazioni relative alla presente domanda mediante Raccomandata A.R. dovranno esplicitarlo compilando la parte sottostante:

Il/la sottoscritt_____ chiede di ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente domanda mediante Raccomanda A.R. all'indirizzo indicato nel modulo.

Firma _____

(per esteso e leggibile)