



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 2016/2017

art. 53 e art. 54 del Regolamento Unitario

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

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

*(barrare l'ipotesi che ricorre)*

**di essere figlio/a maggiorenne dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:**

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_, il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
(prov. \_\_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_;

**di essere 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 15/03/2019)*

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 2016/2017.**



- 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 \_\_\_\_\_, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it), autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

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](mailto: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 dei Servizi online sul sito [www.cnpadc.it](http://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 Raccomandata A.R. all'indirizzo indicato nel modulo.

Firma \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

