



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 2017/2018 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)

in qualità di iscritto/pensionato alla CNPADC di essere genitore del minore:

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

in qualità di coniuge superstite dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:

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

genitore del minore:

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

di esercitare la responsabilità genitoriale/di essere tutore o curatore del/della:

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

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

- **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 2017/2018”**. **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____, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito 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 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) 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.