



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 2018/2019**

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 17/5/2021)

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 2018/2019.**

- 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.

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)