

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE BORSA DI STUDIO A FAVORE DEI
DOTTORI COMMERCIALISTI CHE ABBIANO FREQUENTATO CORSI
UNIVERSITARI DI LAUREA, DOTTORATI DI RICERCA E MASTER
UNIVERSITARI
ANNO ACCADEMICO 2023/2024

art. 53 e art. 55 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt _____ 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 31/03/2026)

di essere ammesso/a al concorso per l'attribuzione della borsa di studio a favore dei Dottori Commercialisti per aver frequentato nell'anno accademico 2023/2024 corsi universitari di laurea, dottorati di ricerca e master universitari.

A tal fine, 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 s.m.i.), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 s.m.i.,

DICHIARA

- che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli di dottore commercialista portatori di handicap o malattie invalidanti (*barrare l'ipotesi solo se ricorre*);
- di non voler beneficiare, nell'anno di pagamento della borsa di studio, delle detrazioni previste dall'art.13 del TUIR in quanto possessore di altri redditi (*barrando l'ipotesi verranno applicate le ritenute fiscali sull'importo della borsa di studio*);
- di non aver beneficiato e di non beneficiare di altre borse di studio, assegni, premi o sussidi da chiunque erogati in relazione ai risultati scolastici od accademici ai quali il bando si riferisce;
- di voler ricevere il contributo richiesto mediante accreditamento in c/c bancario n. _____ presso _____ intestato al/alla sottoscritto/a
codice IBAN: _____
e codice BIC/SWIFT: _____ (se il conto è estero).

ALLEGA

(in caso di documentazione allegata carente o non corrispondente a quanto di seguito indicato, la domanda è inammissibile)

- autocertificazione dello stato di famiglia alla data della domanda. **Non saranno ammesse autocertificazioni redatte su modulistica difforme rispetto all'allegato 1;**
- autocertificazione relativa alla frequenza al corso universitario di laurea, dottorato di ricerca o master universitario con indicazione del periodo in cui è stato svolto. **Non saranno ammesse autocertificazioni redatte su modulistica difforme rispetto all'allegato 2.** Nel caso in cui l'Università abbia sede legale in Stati non appartenenti all'Unione Europea dovrà essere inviato il certificato, **in luogo dell'autocertificazione**, contenente i medesimi dati previsti per l'autocertificazione rilasciato dall'Università stessa.
- copia del documento d'identità del sottoscrittore della domanda e delle autocertificazioni in corso di validità, in cui siano ben visibili la data di rilascio e la data di scadenza;
- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare;
- copia integrale della eventuale sentenza di separazione o di divorzio;
- certificazione relativa all'entità della quota di partecipazione con ricevuta del pagamento effettuato;
- documentazione relativa alle spese sostenute per lo svolgimento del periodo all'estero;
- copia 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**).

La documentazione rilasciata da Istituti esteri deve essere redatta in lingua italiana o se emessa in lingua straniera deve essere corredata di relativa traduzione.

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritto/a, 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)

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46, s.m.i.)

(ATTENZIONE: PER LA VALIDITA' DELL'AUTOCERTIFICAZIONE TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
 ___/___/____ a _____ prov. (____)
 C.F.: _____ residente a _____
 prov. (____) Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i, e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. nonché dall'art. 8 del Bando di Concorso, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi dell'articolo 46 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA

- che alla data della presente domanda il proprio stato di famiglia è così composto:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

- di essere a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71 e seguenti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e pertanto AUTORIZZA il Responsabile del procedimento alla richiesta, visione ed acquisizione della documentazione necessaria ai controlli circa la veridicità delle dichiarazioni rese presso le relative Amministrazioni certificanti ai sensi dell'articolo 71, comma 4, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

e a tal fine,

- dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., in materia di protezione dei dati personali,

e, autorizza la CNPADC a trattare i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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) se precedentemente comunicata e autorizzata (è possibile fornire l'indirizzo PEC accedendo nell'Area Riservata dei Servizi online sul sito www.cnpadc.it) in caso di assenza di indirizzo PEC verrà inviata Raccomanda A.R.

Per firmare il modulo con Firma Digitale, occorre salvare il file, e sovrascriverlo, ogni qualvolta all'inserimento della Smart Card l'applicazione Adobe Acrobat ne farà richiesta. Una volta salvato il modulo con le firme digitali, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.

Nell'Area Riservata ai dottori commercialisti del sito www.cnpadc.it è disponibile il servizio online **“STD - Segui la tua domanda”** per conoscere in tempo reale lo stato di avanzamento della lavorazione della domanda. Per accedere ai servizi online è necessario essere in possesso del codice fiscale e del codice PIN.