

**DOMANDA DA UTILIZZARE PER CONTRIBUTO PROVINCIALE
DIRITTO ALLO STUDIO 2010 PER STUDENTI FIGLI DI
DISOCCUPATI, CASSA-INTEGRATI, LAVORATORI IN MOBILITA' E
PERSONE SOLE DISAGIATE.**

Al Dirigente del Servizio Pubblica Istruzione
Provincia di Siena
Piazza Amendola, 29
53100 SIENA

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

GENERALITÀ DELLO STUDENTE

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

SCUOLA E CLASSE
frequentata nell'a.s. 2010/2011

GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

(il genitore o chi esercita la potestà genitoriale che riscuoterà il contributo eventualmente erogato)

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

utilizzare una singola casella per ciascuna lettera o cifra

RESIDENZA ANAGRAFICA

VIA/PIAZZA **N.** **CAP**

COMUNE **PROV.**

Tel

INDIRIZZO DOVE INVIARE LA CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)

VIA/PIAZZA **N.** **CAP**

| | |
|--------|--|
| COMUNE | |
|--------|--|

| | |
|-------|--|
| PROV. | |
|-------|--|

IL PRESENTE MODELLO, DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, DEVE ESSERE RECAPITATO, ENTRO E NON OLTRE IL 31 MARZO 2010 A MEZZO RACCOMANDATA O CONSEGNATO A MANO NELL'ORARIO 9,00 – 13,00 DAL LUNEDI' AL VENERDI' (MARTEDI' E GIOVEDI' ANCHE IN ORARIO 15,00 – 17,00) PRESSO L'UFFICIO ARCHIVIO E PROTOCOLLO DELL'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI SIENA – PIAZZA DUOMO, 9 (FARA' FEDE IL TIMBRO DI INGRESSO DELL'UFFICIO PROTOCOLLO) E COMUNQUE NON OLTRE LE ORE 12.00 DEL GIORNO 31 MARZO 2010.

IL RICHIEDENTE DICHIARA FIN DA ORA DI ESSERE INFORMATO AI SENSI DELLA L. 675/96 CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

Siena, _____

FIRMA _____

Ai fini dell'ottenimento del beneficio richiesto dovranno, a pena di ESCLUSIONE, essere allegate alla presente domanda debitamente compilata:

- L'attestazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità;
- Autocertificazione o documentazione comprovante lo stato occupazionale dichiarato (All. A)
- Copia del documento d'identità del richiedente

(ALL. A)

AUTOCERTIFICAZIONE STATO OCCUPAZIONALE

Il/La sottoscritto/a

_____, in qualità di _____
dell'alunno/ _____,
iscritto/-a nell'anno scolastico 2010/2011, presso l'Istituto scolastico _____,
classe _____

dichiara che, attualmente, la propria situazione è la seguente:

iscritto allo stato di disoccupazione ai sensi del D. L.g.s. 181/2000 al Centro per l'Impiego di _____ dal _____

in mobilità

in cassa integrazione guadagni straordinari dal.... Sospeso dall'Azienda.....con sede in

in cassa integrazione in deroga dal.....sospeso dall'Azienda.....con sede in.....

persona sola e disagiata

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, sarà applicato l'art. 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109, in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite.

Dichiara altresì di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi del DPR 445/00, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti.

Dichiara di essere stato informato sul trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dall'art. 10 della L. 675/96.

Data _____

Firma del richiedente

ALLEGATO "1"

CHIEDO CHE IL PAGAMENTO DI TALE CONTRIBUTO VENGA EFFETTUATO:

TRAMITE PAGAMENTO DIRETTO

presso Tesoreria Monte dei Paschi di Siena Via Vittorio Emanuele II, 27 – SIENA

TRAMITE CONTO CORRENTE

aperto presso l'Istituto di

Credito _____

_____ filiale di _____ Agenzia

intestato a _____

Codice IBAN

| Codice paese | CIN europeo | CIN | Codice ABI | Codice CAB | Numero conto corrente |
|--------------|-------------|-----|------------|------------|-----------------------|
| | | | | | |

Nota bene - i 27 spazi devono essere tutti riempiti

Data _____

Firma del richiedente
