



COMUNE DI CORNA IMAGNA

PROVINCIA DI BERGAMO

Richiesta erogazione contributo a sostegno delle famiglie con figli studenti nell'anno scolastico 2019/2020.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in via _____

codice fiscale _____ telefono _____

e-mail _____

genitore di _____ nato/a _____

il _____ frequentante nell'a.s. 2019/2020 la classe _____

dell'Istituto _____ con sede in _____

CHIEDE

l'erogazione del contributo di a sostegno della sospensione delle attività scolastiche pari a:

- **80 €** per figlio iscritto nell'anno scolastico 2019-2020 a scuola infanzia o scuola primaria o scuola secondaria di primo grado.
- **100 €** per figlio iscritto nell'anno scolastico 2019-2020 a scuola secondaria di secondo grado o istituzioni formative professionali secondarie di secondo grado.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000

AUTORIZZA

il Comune di Corna Imagna al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

COMUNICA CHE

le coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso sono le seguenti:

Banca/Posta _____ filiale di _____

IBAN _____

intestato a _____

Si allega fotocopia carta d'identità.

Corna Imagna, il _____

Il/La dichiarante _____