****

**ISTITUTO COMPRENSIVO “ISIDORO GENTILI” PAOLA**

Via Rione Colonne 87027 Paola (CS)

Dirigente Scolastico Tel.0982/611197 Segreteria Tel/fax 0982/585215

Codice Meccanografico: CSIC871008 Codice Fiscale 86001070787

E-mail [csic871008@istruzione.it](mailto:csic871008@istruzione.it) P.E.C. [csic871008@pec.istruzione.it](mailto:csic871008@pec.istruzione.it)

[www.icisidorogentili.edu.it](http://www.icisidorogentili.edu.it)

**AL COMUNE DI PAOLA**

DOMANDA PER LA FORNITURA GRATUITA DEI LIBRI DI TESTO

**ANNO SCOLASTICO 2021/2022**

**Legge 27 /85 D.P.C.M: 5 agosto1999 n° 320 e s.m.i.**

***Generalità del Richiedente***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Residenza Anagrafica***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIA/PIAZZA** |  | **N° CIV.** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Telefono** |  | **COMUNE** |  | **PROVINCIA** |  |

***Generalità dello studente***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  | |
| **DATA E LUOGO DI NASCITA** | |  |  | |
| **CLASSE FREQUENTATA NELL’ANNO SCOL. 2021/2022** | | | |  |

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che l’Indicatore della **Situazione Economica I.S.E.E.** del proprio nucleo familiare e rilevata dalla **Certificazione ISEE** rilasciata dal CAF e riferita ai redditi prodotti nell’anno **2020** e determinato secondo le modalità di cui al D.Lgs. 31/03/1998, n° 109 e successive modificazioni ed integrazioni, è di Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come da **attestazione allegata** rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se INPS – CAF centri assistenza fiscale).

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara altresì di essere consapevole che in mancanza di presentazione della **Dichiarazione Unica Sostitutiva** rilasciata dal CAF non potrà essere corrisposto alcun sussidio.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_