*MODULO DI RICHIESTA*

*FORNITURA GRATUITA O SEMIGRATUITA DEI LIBRI DI TESTO*

*SUSSIDI DIDATTICI DIGITALI*

*TECNOLOGIE PER L’INCLUSIONE*

*Anno Scolastico 2023/2024*

*Ai sensi dell’art. 27 della Legge 23.12.1998 n. 448*

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Generalità del richiedente*** *esercente la potestà genitoriale sul minore*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | | | | COGNOME | | | |  | | | | | | | |
| Luogo e data di nascita | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

***Residenza anagrafica***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA/N. CIVICO |  | TELEFONO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |

***Generalità dello studente destinatario***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | | | | | | COGNOME | | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | | | | | | | DATA DI NASCITA | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA a cui si è fatta l’iscrizione per l’a.s. 2023/2024 | | | | |  | | | | | | | | |
| VIA/PIAZZA |  | | | | | | NUMERO CIVICO | | | | |  | |
| COMUNE |  | | | | | | PROVINCIA | | | | |  | |
| Classe frequentata nell’a.s. 2023/2024 | | * 1 | * 2 | * 3 | | * 4 | | * 5 | | |  | | |
| **Ordine e grado di scuola** | | **Secondaria di 1° grado**  (ex media inferiore) | | | | | | |  | **Secondaria di 2° grado**  (ex media superiore) | | |  |
| **CERTIFICAZIONE** | | **disabilità** | | | | | | |  | **DSA** | | |  |

CHIEDE

Il contributo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativamente agli acquisti effettuati e/o da effettuare

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara

che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente in corso di validità (Il valore ISEE deve essere determinato sulla base del NUOVO MODELLO ISEE ai sensi del DPCM 159/13), del proprio nucleo familiare, è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.
* Che lo studente indicato ha una diagnosi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regolarmente certificata;
* di aver ricevuto altro contributo per le medesime finalità da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data FIRMA