Comune di Battaglia Terme

Provincia di Padova

35041 Via A. Volta, 4 - C.F. 82002930285 - Tel. (049) 525162 - 525034 - Fax (049) 9100347
www.comune.battaglia-terme.pd.it- info@comune.battaglia-terme.pd.it
posta certifica: battagliaterme.pd@cert.ip-veneto.net

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: Richiesta contributo assistenza allo studio 20____/20____

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a_____il _____

stato _____ cod. fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

cellulare_____e-mail _____

chiede

il contributo al servizio di assistenza allo studio per l'anno scolastico 20____/20____;
per il proprio figlio

alunno/a _____ regolarmente iscritto.
(cognome e nome)

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità,

- di essere residente nel Comune di **BATTAGLIA TERME** dal (mese/anno) _____/_____
  in via _____ n._____;
- di essere in possesso di attestazione I.S.E.E. in corso di validità del nucleo familiare
  emessa il____/_____/_____(barrare la casella);
  [] minore o uguale a 12.000 € per la quale verrà erogato un contributo mensile di € 60,00;
  [] minore o uguale a 18.000 € per la quale verrà erogato un contributo mensile di € 30,00;
- di essere in regola con i pagamenti e di richiedere il rimborso per i seguenti periodi (barrare la casella):
  Ottobre-Novembre-Dicembre **[]** Gennaio-Febbraio-Marzo **[]** Aprile-Maggio **[]**;

dichiara inoltre

- **di essere a conoscenza che** ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 dd. 28/12/2000, verranno effettuati idonei controlli sulle domande pervenute e che qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fatto salvo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che prevede espressamente sanzioni ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

Chiede inoltre che il pagamento, qualora il beneficio venga concesso, sia effettuato con la seguente modalità:

bonifico bancario su c/c intestato a:

_____

(è obbligatorio che il richiedente il rimborso sia intestatario o cointestatario del conto)

- codice IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Allega la seguente documentazione:

- documentazione attestante l'I.S.E.E. in corso di validità;
- copia di iscrizione al servizio "Assistenza allo Studio"
- ricevuta/e di pagamento relativa/e al/i periodo/i per il/i si chiede il rimborso;
- fotocopia di un documento di identità del richiedente in corso di validità.

Scadenza presentazione domande:

- 30 giugno.

Informazioni sulla protezione dei dati personali:

Sottoscrivendo il modulo la S.V. autorizzerà il trattamento dei dati personali riportati nel presente modello.
Il trattamento sarà effettuato secondo i principi del GDPR 679/16 sulla protezione dei dati personali:

- il trattamento dei suoi dati personali sarà effettuato in relazione alla concessione del contributo di cui alla presente domanda;
- i dati saranno trattati per il tempo necessario all'ultimazione della pratica e alla liquidazione del contributo e saranno in seguito archiviati in quanto la loro conservazione è richiesta da norme di legge ed altri fini (contabili, fiscali, ecc.);
- i dati saranno comunicati alla Tesoreria del Comune per la liquidazione del contributo;
- titolare del trattamento dei suoi dati è il Sindaco del Comune di Battaglia Terme;
- responsabile del trattamento dei suoi dati è il Responsabile del Servizio, dott. Gianni Ceretta, cui potrà rivolgersi, in qualsiasi momento, per far valere i suoi diritti così come previsto dagli artt. 15-22 del GDPR 679/16;
- il DPO (Responsabile della Protezione dei dati personali) è l'avv. Bariselli Davide Mario. Gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16, con la modulistica a disposizione nel sito web istituzionale. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché il modello completo di informativa sono disponibili sulla sezione privacy del sito web del Comune di Battaglia Terme: www.comune.battaglia-terme.pd.it

Data _____

Il/La dichiarante _____

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*

Compilazione a cura dell'Ufficio Servizio Sociali:

[] SI AUTORIZZA IL PAGAMENTO DI € ……

Data …….. Firma …….

[] NON SI AUTORIZZA per …….

Data …….. Firma …….