

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DELLA BORSA DI STUDIO “IO STUDIO”**  
**ANNO SCOLASTICO 2020/21**  
**(D. Lgs. n. 63/2017 – D.M. 1178/2019)**

**Al Comune di Sonnino**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ (nome)\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale o di chi ne fa le veci (dicitura da cancellare in caso di  
studente maggiore di età)

**CHIEDE**

l'assegnazione della borsa di studio Iostudio per l'anno scolastico 2020/21 nella misura che sarà determinata con  
successivo provvedimento dalla Regione Lazio

A tal fine, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci o di uso e formazione di  
documenti falsi, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, COMUNICA i seguenti dati :

NOME e COGNOME dello STUDENTE \_\_\_\_\_

DATA di NASCITA dello STUDENTE \_\_/\_\_/\_\_\_\_ LUOGO di NASCITA dello STUDENTE \_\_\_\_\_

SESSO dello STUDENTE (M/F) \_\_\_\_\_

C.F. dello STUDENTE \_\_\_\_\_

RESIDENZA dello STUDENTE via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE della SCUOLA FREQUENTATA dallo STUDENTE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DELLA SCUOLA FREQUENTATA dallo STUDENTE via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

CODICE MECCANOGRAFICO della SCUOLA FREQUENTATA dallo STUDENTE \_\_\_\_\_

ANNO DI CORSO dello STUDENTE nel 2020/21 \_\_\_\_\_

VALORE DELL'INDICATORE ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE DELLO STUDENTE € \_\_\_\_\_

Si impegna a ricevere tutte le comunicazioni al seguente indirizzo di posta elettronica:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_.

o al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_

Si precisa che nel corso delle procedure di raccolta e trasmissione dei dati relativi agli studenti beneficiari il Comune di  
Sonnino agirà in qualità di “Responsabile del trattamento dei dati”, in conformità all'art. 28, comma 2 del Regolamento UE  
2016/679.

Il Sottoscritto Autorizza il Comune di Sonnino e la Regione Lazio che ricevono la domanda al trattamento dei dati personali  
ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii.

Data, \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l'art. 4, comma 2 del  
D.Lgs. 31/03/1998 n. 109, in materia di controlli di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle  
sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 45, in caso di dichiarazioni mendaci.

Data, \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Si allegano:

- **Attestazione ISEE**
- **Documento di identità in corso di validità e codice fiscale (tessera sanitaria) dello studente**
- **Documento di identità in corso di validità del genitore/tutore in caso di studente minore di età**