

Al Dirigente Scolastico
dell'.I.P.E.O.A. "M. LECCE"
71013 San Giovanni Rotondo (FG)

OGGETTO: RICHIESTA ESONERO VERSAMENTO CONTRIBUTO D'ISTITUTO

Il/la sottoscritto/a _____ ☐ GENITORE ☐ TUTORE
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____, frequentante nell'a. s. _____ classe _____ sez. _____
sede di ☐ SAN GIOVANNI ROTONDO / ☐ MANFREDONIA

CHIEDE

Alla S.V. l'esonero del pagamento del contributo d'Istituto

- ☐ PARZIALE, in quanto avente un reddito ISEE compreso tra 3.000 € e 6.000 €;
☐ TOTALE, in quanto avente un reddito inferiore a 3.000 €.

Luogo e data, _____

Firma di entrambi i genitori

In caso di un genitore impossibilitato a firmare:

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme di legge relative alla responsabilità genitoriale (Codice Civile, art. 316 comma 1, art. 337-ter comma 3 e art. 337-quater comma 3) e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara altresì di presentare questa richiesta/autorizzazione all'Istituzione Scolastica nel rispetto delle norme sopra indicate e con il consenso dell'altro genitore.

Firma
