Al/la Dirigente
dell'Istituto Claudia de' Medici
Via S. Quirino, 37 - 39100 BOLZANO

RICHIESTA RIDUZIONE QUOTA PARTECIPAZIONE SOGGIORNO/VIAGGIO D'ISTRUZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____classe _____

C H I E D E

la riduzione della quota per la partecipazione del/della figlio/a al soggiorno studio/viaggio di istruzione a _____ nel periodo _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:
1. che la famiglia risulta essere composta dalle seguenti persone:

Cognome e nome	*Parentela*	*Luogo di nascita*	*Data di nascita*	*Professione*

2. che il reddito complessivo del nucleo familiare annuale ammonta a € _____
(reddito da ricavare dal Mod. ISEE – indicatore ISEE - al netto delle ritenute, di cui si allega fotocopia).

Il/La sottoscritto/a dichiara, che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Data_____ Firma _____

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (Regolamento europeo n. 679/2016)
Finalità del trattamento dei dati personali
Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dall'IISS Claudia de' Medici per lo ***svolgimento di funzioni istituzionali*** *e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) del GDPR, non necessita del suo consenso.*

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione per fini istituzionali.

Data _____ *Firma* _____

_____

Sezione compilata a cura dell'Ufficio competente

☐ non si concede

☐ si concede _____ %