ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"ANTONIO ZANELLI"
Sezione Tecnica Agraria
(Produzioni e trasformazioni - Gestione ambiente e territorio- Viticoltura ed enologia)
Sezione Tecnica Chimica, materiali e biotecnologie sanitarie
Sezione Professionale Servizi per l'agricoltura
Sezione Liceo Scientifico
(Scienze applicate - Informatico ingegneristica - Quadriennale)
Via F.lli Rosselli 41/1 - 42123 Reggio Emilia - Tel. 0522 280340 - Fax 0522 281515
E-mail: itazanelli@itazanelli.it - E-mail Pec: zanelli@pec.it
URL http://www.zanelli.edu.it - Codice fiscale 80012570356

DOMANDA DI ESONERO TASSA STATALE PARTECIPAZIONE ESAMI DI STATO A.S. _____
(AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ , nato/a a _____ (____),

il _____ , residente a _____ (____) ,

indirizzo: _____ ;

genitore dell'alunno _____ classe _____

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione il sottoscrittore decadrà dai benefici e dalle autorizzazioni per le quali la stessa dichiarazione è stata rilasciata, ai sensi dell'art.75 del D.P.R. n. 445/2000

CHIEDE

la concessione dell'esonero dal pagamento della seguente tassa scolastica:

TASSA STATALE PER ESAME DI STATO (Euro 12,09)

☐ **PER REDDITO** (ai sensi dell'art. 200 del D.L. 297/94 e del Decreto 390 del 19/4/2019) Tale beneficio è riconosciuto nel caso in cui il valore ISEE sia pari o inferiore a 20.000,00 euro. **Allegare attestazione ISEE in corso di validità.**

(Il beneficio è sospeso per gli alunni ripetenti o che incorrano in sanzioni disciplinari, tranne casi di comprovata infermità.)

☐ **PER MERITO** - A tal proposito dichiaro che il/la proprio/a figlio/a è stato/a promosso/a nell'A.S. precedente con la votazione di _____ (media non inferiore a OTTO/DECIMI)

☐ **PER APPARTENENZA A SPECIALI CATEGORIE** (Legge 645/54 artt. 15-16 e 17 orfani di caduti per causa di servizio o di lavoro; figli di mutilati o invalidi per causa di servizio o di lavoro; ciechi civili)

Data ___/___/_____ (firma leggibile) _____

(si allega fotocopia del documento d'identità)