

Riservato alla Cassa Edile

Codice di iscrizione
del lavoratore alla Cassa Edile

Prot. N.

La presente domanda deve essere rimessa a pena di decadenza dal diritto:
ENTRO IL 30 SETTEMBRE PER I CONTRIBUTI DI SCUOLA MEDIA INFERIORE
ENTRO IL 30 SETTEMBRE PER I CONTRIBUTI DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE

RICHIESTA CONTRIBUTO DI STUDIO **Anno scolastico 2023/2024**

Il sottoscritto _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ (____) Via _____ n° ____

Codice fiscale (lavoratore) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

attualmente alle dipendenze dell'impresa _____

nell'anno corrente ha lavorato:

In prov. di Teramo

In provincia di Teramo e nelle province di _____

Presenta domanda per lo/la studente/essa _____

Scuola media inferiore

Scuola media superiore

**preso atto del regolamento di codesta Cassa Edile presenta domanda di
Assegno di studio per l'anno scolastico in corso**

Allega i seguenti documenti:

- 1) certificato di iscrizione dello studente per l'anno in corso e che lo stesso non è ripetente;
- 2) certificato attestante la votazione conseguita l'anno precedente (solo per la scuola media superiore);
- 3) stato di famiglia autocertificato su apposito modulo allegato.

Si dichiara che tutte le circostanze ed i dati di cui alla presente sono veritieri e si acconsente altresì al trattamento dei dati personali e particolari, ai sensi del Reg.UE 679/2016 e del Dlgs 196/2003.

Data ____ / ____ / ____

(firma del lavoratore)

Informativa: ai sensi e per gli effetti della normativa vigente i dati sopra riportati sono richiesti esclusivamente ai fini del procedimento sopra indicato e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni

DICHIARA

che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

1	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)
2	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)
3	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)
4	_____ (Cognome)	_____ (Nome)	_____ (data nascita)
	_____ (Comune Nascita)	_____ (Prov)	_____ (Rapporto di parentela)
	_____ (Codice Fiscale)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Fiscalmente a carico -barrare la casella)

Data e luogo ____ / ____ / ____ _____

Firma del lavoratore iscritto