

Al Dirigente dell'Istituto Secondario  
Superiore  
di Cairo Montenotte

Oggetto: "Richiesta di riduzione pagamento contributo di laboratorio  
A.S. 2010/2011"

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

genitore/ tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

alunno maggiorenne

iscritto alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ corso \_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter usufruire della riduzione del 50% del contributo di laboratorio\* da versare per l'iscrizione all'A.S. 2010/2011

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- che il valore ISEE relativo al proprio nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_\*\*
- che nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_ persone disabili ai sensi della Legge 104/92.

Allega:

- fotocopia della certificazione ISEE in corso di validità
- fotocopia documento d'identità del dichiarante

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

---

\* Il contributo ridotto è di € 26,00 per l'iscrizione alle classi 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup> e di € 39,50 per l'iscrizione alle classi 3<sup>^</sup> 4<sup>^</sup> e 5<sup>^</sup>

\*\* per ottenere la riduzione il valore dell'ISEE non deve superare € 6.000; tale limite è aumentato di € 2.000 per ogni disabile presente nel nucleo familiare.