



MOD. ICRIC / ICLAV

COGNOME NOME _____

INDIRIZZO _____ TELEFONO _____
(Città – Via e numero civico)

Dati eventuale rappresentante legale

COGNOME NOME _____

INDIRIZZO _____ TELEFONO _____

(in caso di decesso del titolare) data decesso.....

ANNO 2020

- non ha prestato alcuna attività lavorativa
(se prestato attività lavorativa/autonoma portare dichiarazione dei redditi/cu)
- è stato ricoverato a titolo gratuito (con retta a carico del S.S.N.)
Dal _____ al _____ presso _____
- è stato ricoverato con retta a proprio carico presso _____
retta annua € _____
- non è stato ricoverato
- ha dimorato/soggiornato per tutto l'anno, in modo stabile ed effettivo, in Italia a _____
- ha dimorato/soggiornato all'estero nel periodo
Dal _____ al _____ stato _____ indirizzo _____
Dal _____ al _____ stato _____ indirizzo _____

ANNO 2021

- non presta alcuna attività lavorativa
(se prestato attività lavorativa/autonoma portare dichiarazione dei redditi/cu)
- è stato ricoverato a titolo gratuito (con retta a carico del S.S.N.)
Dal _____ al _____ presso _____
- è stato ricoverato con retta a proprio carico presso _____
retta annua € _____
- non è stato ricoverato
- dimora/soggiorna in modo stabile ed effettivo in Italia a _____
- ha dimorato/soggiornato all'estero nel periodo
Dal _____ al _____ stato _____ indirizzo _____
Dal _____ al _____ stato _____ indirizzo _____

Dichiarazione di responsabilità

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), dichiara che i dati indicati sono completi e veritieri.

Data

Firma

Solo per indennità di frequenza

DICHIARA CHE

- Il minore non ha ancora incominciato la frequenza di Scuola o ha già concluso l'obbligo scolastico
 - Il minore nell'anno 2020/2021 frequenta la scuola dell'obbligo
 - Il minore nell'anno 2020/2021 ha interrotto/cessato la frequenza della scuola dell'obbligo
dal.....
 - Il minore frequenta/ha frequentato Centri di formazione finalizzati al reinserimento - Centri specializzati nei trattamenti terapeutici o di riabilitazione pubblici o privati (convenzionati) (*)
dal.....
- **Dichiarazione relativa all'Istituto**
- Il minore ha iniziato la frequenza scolastica obbligatoria nel presente anno scolastico(*)
 - Il minore NON ha cambiato istituto rispetto l'anno scolastico precedente
 - Il minore ha cambiato Istituto rispetto l'anno scolastico precedente (*)

DETTAGLIO ISTITUTO – compilare SEMPRE nei casi contrassegnati da (*)

Istituto.....

Cod.Fiscale/partita IVA.....

Sede.....Via/Piazza.....

Telefono.....E.mail.....

Data

Firma

Dichiarazione di responsabilità

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), dichiara che i dati indicati sono completi e veritieri.

Data _____

Firma del genitore _____