

DOMANDA DI ESONERO TASSA STATALE PARTECIPAZIONE ESAME DI STATO **A.S. 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(____) il _____ e residente a _____ Via _____ n° _____, genitore dell'alunno/a

Classe _____ Sez. _____

CHIEDE

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

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

- **PER MOTIVI ECONOMICI** (ISEE pari o inferiore a € 20.000,00 per esonero dal pagamento delle tasse scolastiche).
- **PER MOTIVI DI MERITO** a tal proposito dichiara che il / la proprio/a figlio/a è stato/a promosso/a nell'A.S. precedente alla classe _____ con la votazione di _____ (media non inferiore ad **OTTO/DECIMI**).
- **PER APPARTENENZA A SPECIALI CATEGORIE** (Legge 645/54)

A tal fine, il/la sottoscritto/a allega dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 - art. 46.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEL SOGGETTO INTERESSATO

Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il consenso/non consenso al trattamento dei dati personali.

Data,

FIRMA _____