

MODULO RICHIESTA ESONERO PAGAMENTO TASSE SCOLASTICHE

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

Liceo Classico Statale
"Gioacchino Da Fiore"
Rende (CS)

Il /La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ genitore
dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____ iscritto/a per l'a.s. 2025/2026
alla classe **QUINTA** sez. _____ di questo Istituto

CHIEDE

l'esonero dal pagamento delle TASSE SCOLASTICHE (indicare di seguito quale con una X):

- ☐ per ESAME a.s. 2025/2026 (euro 12,09)
- ☐ per FREQUENZA a.s. 2025/2026 (euro 15,13)
- ☐ per ISCRIZIONE a.s. 2024/2025 (euro 6,04)
- ☐ per FREQUENZA a.s. 2024/2025 (euro 15,13)

per i seguenti motivi (indicare di seguito quale con una X):

- ☐ per **MERITO**, avendo ottenuto nell'anno scolastico precedente la promozione alla classe successiva con una media di _____ almeno 8/10 e almeno 8 in condotta) e si presume per l'anno scolastico in corso una media **non inferiore a 8/10** (controllo a cura della segreteria scolastica).
- ☐ per **MOTIVI ECONOMICI**, previsti dal D.M. n. 370 del 19/04/2019 (studenti appartenenti a nuclei familiari il cui indicatore dell'I.S.E.E. è pari o inferiore a €. 20.000,00) allegare modello I.S.E.E. in corso di validità (scad. 31/12/2025).

Rende, _____

Firma del genitore o dell'alunno maggiorenne
