



Istituto di Istruzione Superiore  
"Piazza della Resistenza"

Piazza della Resistenza, 1 – 00015 MONTEROTONDO (Rm)

Ambito Territoriale n° 12 della Provincia di Roma

☎ 06.121127745 - ✉ [rmis049001@istruzione.it](mailto:rmis049001@istruzione.it)

[rmis049001@pec.istruzione.it](mailto:rmis049001@pec.istruzione.it) sito internet: [www.ispiazzaresistenza.it/](http://www.ispiazzaresistenza.it/)

**DOMANDA ESAME DI STATO  
CANDIDATI INTERNI**

Al Dirigente Scolastico

I.I.S. PIAZZA DELLA RESISTENZA I  
Monterotondo

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, candidato interno della classe 5<sup>a</sup> sez. \_\_\_\_\_ spec.  
\_\_\_\_\_ dell' I.I.S Piazza della Resistenza 1, chiede alla S.V. di poter sostenere  
l'esame di Stato nella sessione unica dell' anno scolastico 2019/2020.

Il sottoscritto dichiara inoltre di non aver presentato analoga domanda in altro istituto per  
sostenere né questo né altro tipo di esame.

Monterotondo, li \_\_\_\_\_

Con osservanza

\_\_\_\_\_

Alla presente allega:

1) Ricevuta del versamento di € 12,09 sul C/C Postale 1016 intestato a:

**AGENZIA DELLE ENTRATE – Centro Operativo di Pescara – Tasse Scolastiche**

Consenso alla comunicazione dei dati edella valutazione finale conseguita in caso di superamento  
dell'esame di Stato ad Enti, Società, Associazioni ed altri organismi economici sia pubblici che privati,  
che li richiedessero ai fini di ricerca e selezione del personale o per proposte di corsi di formazione.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Monterotondo, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

# RICHIESA ESONERO TASSA STATALE PER ESAME DI STATO

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S. PIAZZA DELLA RESISTENZA 1  
Monterotondo

**Oggetto: DOMANDA DI ESONERO TASSA STATALE PARTECIPAZIONE ESAME DI STATO A.S. 2019/20**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno \_\_\_\_\_ 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** (ai sensi dell'art. 200 del D.L. 297/94, D.M. n. 390 del 19/4/19)

A tal fine dichiara che la famiglia risulta essere composta dalle seguenti persone:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

Inoltre, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 – art. 46, il/la sottoscritto/a allega dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al proprio reddito complessivo – Anno 2019 .

➤ **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. 445/2000 – art. 46.

## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEL SOGGETTO INTERESSATO

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

così come modificato ed integrato dal GDPR 2016/679

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il consenso al trattamento dei dati personali.

Data,

FIRMA \_\_\_\_\_