

Oggetto: Richiesta esonero tassa statale per disabilità e/o invalidità – a.s. 2026/2027.

l sottoscritt _____ nato a _____
(cognome) (nome)
il _____ alunno iscritto per il corrente anno scolastico alla classe _____
indirizzo _____ di codesto istituto

CHIEDE

l'esonero per l'anno scolastico 2026-2027 dal pagamento della tassa statale, per disabilità e/o
invalidità.

A tal fine allega:

- certificato di disabilità;
- certificato del possesso dei 2/3 di invalidità.

Siracusa, _____

Firma

Informativa breve

I suoi dati verranno trattati, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 e del DL 30 giugno 2003, n.196 come modificato dal DL 10 agosto 2018, n. 101, per soli fini istituzionali dall'8°I.I.S.S. "M.F. Quintiliano" di Siracusa. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte. Lei ha diritto di accedere ai Suoi Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la rettifica, la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può inviare una mail a srpm01000p@istruzione.it. Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali.

L'Informativa completa sul trattamento dei suoi Dati da parte dell'8°I.I.S.S. "M.F. Quintiliano" di Siracusa, con l'indicazione dettagliata delle basi giuridiche del trattamento, è disponibile sul nostro sito internet www.liceopolivaalentequintiliano.edu.it/.

Riservato alla segreteria

SI / NON si concede

Data _____ Visto _____