

## MODELLO ESONERO TASSE SCOLASTICHE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL  
LICEO G. STAMPACCHIA DI TRICASE

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

chiede l'**ESONERO** delle **Tasse Scolastiche erariali** per l'anno scolastico 2024/2025 per i seguenti motivi: **(Barrare il motivo che interessa)**

**Merito:** con media scrutinio finale superiore o pari a **8/10** (a.s. 2023-2024) Nella media dei voti si computa il voto di condotta che non deve essere inferiore a 8/10 (Ai sensi art. 200 del T.U. n.297/94)

**Reddito:** (con nota Decreto Ministeriale n. 370 del 19 aprile 2019)

Per motivi economici, con il decreto ministeriale n. 370 del 19 aprile 2019 è stabilito l'esonero totale dal pagamento delle tasse scolastiche per gli studenti, appartenenti a nuclei familiari il cui valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è pari o inferiore a € 20.000,00. **E' possibile fruire dell'esonero solo se l'alunno non è ripetente.**

N.B. : Allegare copia ISEE in corso di validità

**altri motivi: (N.B. il voto di condotta non deve essere inferiore a 8/10 ed è necessario allegare il certificato rilasciato dall'Organo competente):**

- Orfano di guerra, di caduto per la lotta di liberazione o di civile caduto per fatti di guerra, caduto per cause di servizio o di lavoro.
- Figlio o esso stesso mutilato o invalido di guerra, o per la lotta di liberazione; militari dichiarati dispersi, di mutilati o invalidi civili per fatti di guerra; mutilati o invalidi per cause di servizio o di lavoro.
- Cieco civile.
- Alunni con disabilità certificata.

**Categoria:**

Figlio di invalido di guerra

Figlio di invalido civile

Alunno invalido

**Requisito necessario**

Padre invalido di guerra con pensione di guerra o assegno una tantum

Padre con invalidità al 100%

Alunno con 2/3 di invalidità

**Documentazione richiesta**

Cert. Ass.ne di categoria o cert.

Ministero del Tesoro

Cert. Ministero Interni o Cert. Prefettura

Cert. Prefettura o cert. Visita collegiale

che ne attesti il grado di invalidità.

Tricase, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE: Firma \_\_\_\_\_