

**COMUNE DI CASTIGLIONE D'ADDA**  
**PROVINCIA DI LODI**

Cat. VII, Cl. 1, Fasc.

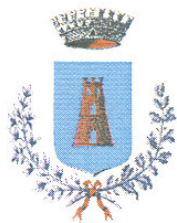
**MODULO PER LA PARTECIPAZIONE AL BANDO DEL**  
**XXIV ASSEGNO DI STUDIO**

**RISERVATO AGLI STUDENTI**  
**DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO**  
**E DEI CENTRI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**  
**RIFERITO AI RISULTATI DELL'ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

**DA RESTITUIRE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO**  
**ENTRO IL GIORNO SABATO 15 NOVEMBRE 2025**

| DATI DELLO STUDENTE                                                                   |  |                                                      |            |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|
| COGNOME                                                                               |  | NOME                                                 |            | SESSO                                                 |
|                                                                                       |  |                                                      |            | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| CODICE FISCALE                                                                        |  | EMAIL per comunicazioni<br>(se studente maggiorenne) |            | CELLULARE                                             |
|                                                                                       |  |                                                      |            |                                                       |
| RESIDENZA                                                                             |  |                                                      |            |                                                       |
| Comune                                                                                |  | Prov.                                                | via/piazza | N. CAP                                                |
|                                                                                       |  |                                                      |            |                                                       |
| DATI DEL GENITORE CHE AUTORIZZA LA PARTECIPAZIONE<br>(in caso di studente minorenni)  |  |                                                      |            |                                                       |
| COGNOME                                                                               |  | NOME                                                 |            | SESSO                                                 |
|                                                                                       |  |                                                      |            | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| CODICE FISCALE                                                                        |  | EMAIL per comunicazioni                              |            | CELLULARE                                             |
|                                                                                       |  |                                                      |            |                                                       |
| RESIDENZA                                                                             |  |                                                      |            |                                                       |
| Comune                                                                                |  | Prov.                                                | via/piazza | N. CAP                                                |
|                                                                                       |  |                                                      |            |                                                       |
| CONTO CORRENTE<br>(su cui effettuare l'accredito dell'importo dell'assegno di studio) |  |                                                      |            |                                                       |
| IBAN                                                                                  |  |                                                      |            |                                                       |
| COGNOME e NOME<br>Intestatario conto corrente                                         |  |                                                      |            |                                                       |

**CHIEDE di essere ammesso al bando del XXIV Assegno di studio e DICHIARA:**



## COMUNE DI CASTIGLIONE D'ADDA

### PROVINCIA DI LODI

☐ di aver conseguito la licenza di Scuola Secondaria di I grado nell'anno scolastico 2024/2025 riportando come votazione **10** presso l'istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

☐ di aver conseguito all'esame di Stato del sistema di istruzione (Scuola Secondaria di II grado)/all'esame di diploma professionale del sistema di istruzione e della formazione professionale nell'a.s. 2024/2025 una valutazione finale pari a \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

☐ allega copia del documento d'identità in corso di validità (genitore o studente maggiorenne).

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

INFORMATIVA PRIVACY (Reg.UE 2016/679 e D.Lgs.196/2003, così come modificato ed integrato dal D.Lgs.101/2018)  
Tutti i dati personali sono trattati in conformità alle vigenti informative in materia di privacy, per il perseguimento delle finalità istituzionali del Comune, per la corretta gestione dei rapporti con l'interessato e connessi obblighi di legge. I dati possono essere trattati da soggetti autorizzati ed istruiti o da soggetti pubblici e privati che per legge o regolamento sono tenuti o possono conoscerli. I dati saranno conservati per tempi compatibili con la finalità della raccolta e connessi obblighi di legge. Gli interessati possono esercitare tutti i diritti di cui agli art.15-21 del Reg.UE 2016/679, contattando il Titolare o il DPO: Informativa completa e riferimenti disponibili su <http://www.comune.castiglionedadda.lo.it/>

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_