**ALLEGATO C - TABELLA VALUTAZIONE TITOLI:**

**VALORE ISEE CORRENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| VALORE DICHIARATO | PUNTEGGIO ASSEGNATO |
| 0,00 euro o negativo | 40 punti |
| Da 1,00 euro fino a 2.000,00 euro | 35 punti |
| Da 2.001,00 euro fino a 5.000,00 euro | 30 punti |
| Da 5.001,00 euro fino a 10.000,00 euro | 20 punti |
| Da 10.00,00 euro fino a 15.000,00 euro | 15 punti |
| Da 15.001,00 euro fino a 20.000,00 euro | 10 punti |
| Oltre o 20.001,00 euro | 5 punti |

**ALLEGATO D – AUTODICHIARAZIONE TITOLI**

Il/La sottoscritto\a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato\a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov.\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliato\a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante nell’ A.S. 2017/2018 la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***DICHIARA***

***AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445, CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO’ ANDARE INCONTRO IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI AI SENSI DELL'ART. 76 DEL MEDESIMO DPR 445/2000 DICHIARA DI AVERE DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI PER I QUALI SI RICHIEDE ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO***

|  |  |
| --- | --- |
| TITOLO | VALORE DICHIARATO |
| Reddito ultimo ISEE presentato |  |
| Reddito ISEE corrente (se presentato) |  |
| Perdita occupazionale (se valutabile indicare il numero di componenti, altrimenti indicare 0) |  |
| Appartenenza a categorie rientranti nell’ultimo DPCM (se valutabile indicare il numero di componenti, altrimenti indicare 0) |  |
| Appartenenza a categorie con disabilità certificata (indicare DSA o DA se valutabile oppure indicare 0) |  |

Luogo e data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_