

DOMANDA ESONERO TASSE PER HANDICAP

Il/la sottoscritto/a _____

nat__ a _____ il _____ residente in _____

via _____ iscritt__ per l'a.a. 20__ / 20__ al ____ anno di

☐ LAUREA ☐ LAUREA MAGISTRALE della Scuola di _____

presso codesta Accademia di Belle Arti

CHIEDE

Di essere esonerat__ dal pagamento delle tasse per handicap.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di essere portatore/portatrice di handicap con invalidità pari o superiore al 66%, si allega alla presente:

1. **Certificato, in corso di validità, della Commissione Medica** dalla quale risulti la percentuale di invalidità riconosciuta.

FIRMA

_____ li, _____.
