

**Al Signor Sindaco
del Comune di
Sant'Eufemia
d'Aspromonte**

Oggetto: *Richiesta di contributo per il servizio di trasporto scolastico di alunni con disabilità che abbiano frequentato la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola secondaria di primo grado.
Annualità 2024*

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a Paese in Via _____ n. _____

telefono n. _____

indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

In qualità di genitore persona esercente la potestà genitoriale (barrare la voce che interessa)
dell'alunno:

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a Paese in Via _____ n. _____

CHIEDE

**il “contributo per il trasporto scolastico degli alunni con disabilità che abbiano frequentato la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola secondaria di primo grado”
annualità 2024 per il suddetto minore con disabilità.**

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori,

DICHIARA

l'alunno per cui viene richiesto il contributo (cognome e nome)

_____ è residente nel Comune di Paese;

l'alunno ha frequentato nell'annualità 2024 la scuola

dell'infanzia

primaria

secondaria di 1° grado

presso l'Istituto Comprensivo (per l'infanzia nome della scuola) _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

l'alunno riconosciuto, ai sensi della legge vigente, in condizione di handicap è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi:

ex art. 3, comma 3, della legge 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data _____ (allegare copia certificato);

Che il minore è stato trasportato presso l'Istituzione scolastica, tragitto A/R ovvero tragitto sola andata o solo ritorno

- con mezzo privato del nucleo familiare
- tramite ditta privata
- tramite pulmino o pullman del trasporto scolastico

di aver percorso n. Km giornalieri _____ per il tragitto casa/scuola e viceversa (indicare totale complessivo andata e ritorno);

che l'ISEE del nucleo familiare in corso di validità ammonta a €

CHIEDE

che il pagamento del contributo, qualora concesso, venga reso disponibile: con accredito sul conto corrente intestato a _____

INDICARE IN STAMPATELLO CHIARO IL CODICE IBAN

| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Per quanto non espressamente indicato nella domanda, si fa riferimento ai contenuti dell'avviso prot. n. 25755 del 05.10.2023, che si dichiara di conoscere e di accettare.

Data _____

firma _____

Allega la seguente documentazione necessaria all'analisi della domanda:

- fotocopia carta d'identità del richiedente o titolo di soggiorno in corso di validità;
- certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 (art. 3 comma 3);
- Attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D.Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento UE 679/2016 .

Data _____

firma _____