

Ai Servizi Sociali del Comune di Castel San Pietro Romano

**CONTRIBUTI ECONOMICI A RIMBORSO DEL COSTO SOSTENUTO DAL 01.01.2024
AL 31.12.2024 PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON
DISABILITÀ RESIDENTI E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA
SCUOLA PRIMARIA O LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Il Sottoscritto/a cognome _____ nome _____ nato/a a
_____ (____) il ____/____/____ residente a CASTEL SAN PIETRO

ROMANO in Via _____ n. _____

Codice Fiscale | _____

Telefono/Cell. _____

Email _____

In qualità di genitore/tutore del minore studente:

cognome _____ nome _____ nato/a a _____

(____) il _____;

in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3, della L.104/92 (in corso di validità) frequentante:

1) la scuola dell'infanzia _____ classe: _____ sez.
_____ dell'Istituto di _____ (____)

2) la scuola primaria _____ classe: _____ sez.
_____ dell'Istituto di _____ (____)

3) la scuola secondaria di primo grado _____ classe:
_____ sez. _____ dell'Istituto _____

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

D I C H I A R A

Di aver preso visione dell'Avviso **CONTRIBUTI ECONOMICI A RIMBORSO DEL COSTO SOSTENUTO DAL 01.01.2024 AL 31.12.2024 PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ RESIDENTI E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA O LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Di non usufruire di ulteriori servizi/ rimborsi per il servizio di trasporto scolastico.

C H I E D E

- La restituzione del 1/5 del carburante per il trasporto scolastico del proprio figlio disabile che non ha beneficiato, nel periodo previsto dall'avviso, di servizi di trasporto speciali ulteriori a quelli connessi alla frequenza scolastica, dichiarando che la distanza A/R per la scuola è di _____ (in lettere_____)

- il rimborso del costo del trasporto scolastico sostenuto nel periodo previsto dall'avviso;

che, in caso di concessione del contributo a sostegno delle spese di trasporto degli studenti diversamente abili in situazione di gravità, la relativa somma determinata sia accreditata sulle seguenti coordinate bancarie/postali (*si rammenta che il conto corrente su cui si dispone l'accredito deve essere intestato allo stesso soggetto firmatario dell'istanza e che non deve trattarsi di un libretto postale*).

Coordinate Bancarie/Postali IBAN																											

Si allega la seguente documentazione:

- 1) copia del documento di identità dell'istante e del minore per il quale si richiede il contributo per il servizio di trasporto scolastico.

- 2) certificazione di disabilità (verbale di accertamento dell'handicap ex L.104 art. 3 comma 3 in corso di validità)

- 3) attestazione di frequenza scolastica rilasciata dall'Istituto.

F I R M A

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DATI

Acquisite le informazioni dell'informativa ai sensi degli articoli 4, 5, 7 e 13 del Regolamento UE 679/16, il sottoscritto _____ esercente la responsabilità genitoriale del minore _____ dichiariamo di aver compreso le finalità, i diritti e, pertanto, con la sottoscrizione prestiamo il consenso al trattamento da parte del Comune, dei dati personali e particolari (sensibili) per la suddetta finalità

LuogoData

FIRMA