# RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO IN FAVORE DI ALUNNI CON DISABILITA’ ANNO 2024

# Dichiarazione Sostitutiva a norma del DPR 28/12/2000 N.445

**Al Comune di Campoli Del Monte Taburno** **Ufficio Amministrativo**

**Piazza La Marmora, 14**

**82030 Campoli Del Monte Taburno (BN)**

# DATI DEL GENITORE

(la richiesta va compilata in stampatello)

Il/la sottoscritto/a

 (nome e cognome del genitore o tutore)

 Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tel. Cell.

Indirizzo e-mail

PEC

# CHIEDE

L’ammissione al contributo economico per il di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità privi di autonomia frequentanti la scuola dell’infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado di Campoli Del Monte Taburno ed a tal fine

**DICHIARA CHE**

L’alunno

**F**

**M**

(nome e cognome dell’alunno)

nato/a a provincia / Stato estero di nascita il | | | residente a in via/piazza n. iscritto/a presso l’Istituto Comprensivo di Campoli Del Monte Taburno, Scuola:

 classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- è affetto da disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, certificata ex Legge n. 104/1992 come da allegata Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex L. 104/1992 in corso di validità);

- è privo di autonomia;

- non è titolare di abbonamento annuale per la circolazione gratuita sugli autoservizi di trasporto pubblico locale (TPL);

- è trasportato presso l’Istituzione scolastica con mezzo privato del nucleo familiare.

**DICHIARA INOLTRE**

* di aver preso visione e di accettare tutto quanto previsto nell'Avviso pubblico;
* di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il/la sottoscritto/a sarà passibile di sanzioni penali;
* di essere informato che i dati forniti dall'utente sono acquisiti ai soli fini del procedimento amministrativo relativo alla materia oggetto della domanda e che il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto dei principi e nell'osservanza delle disposizioni recate dal Regolamento UE 2016/679;
* di acconsentire al trattamento dei dati personali resi secondo le modalità e i limiti previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196 del 2003;

# Allegare:

1. **Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;**

# Copia della certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex L.104 in corso di validità). Il richiedente deve dichiarare che la copia depositata è conforme all'originale in proprio possesso;

# Fotocopia CODICE IBAN.

Data / /

# (Firma del richiedente)