Al Comune di Sant’Arpino

Ufficio Politiche Sociali

Piazza Macrì 1

Sant’Arpino (CE)

OGGETTO: RICHIESTA DI UN CONTRIBUTO ECONOMICO FORFETTARIO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO A FAVORE DI FAMIGLIE DI STUDENTI CON DISABILITÀ PRIVI DI AUTONOMIA. ANNO SCOLASTICO 2024/2025.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 45, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, **dichiara** sotto la sua responsabilità:

**Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CELL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |

**Generalità dello studente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA E/O PRIMARIA E/O SECONDARIA DI PRIMO GRADO | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIA/PIAZZA | |  | | | | | | | | | | | | | | N. CIVICO | | | | |  | | |
| COMUNE | |  | | | | | | | | | | | PROVINCIA | | | | |  | | | | | |
| CLASSE FREQUENTANTE NELL’A.S. 2024/2025 | | | | | | | | | | | | | 1° 2° 3° 4° 5° | | | | | | | | | | |
| GRADO (Infanzia/Primaria/Secondaria di 1°grado) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

**Residenza anagrafica del nucleo familiare**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Via/Piazza |  | | n. civico |  |
| Comune |  | | Provincia |  |
| Numero di telefono |  | | | |
| Numero componenti nucleo familiare anagrafico |  |  | | |

**CHIEDE**

che per l’anzidetto/a studente/essa sia concesso un contributo economico forfettario per il suo trasporto scolastico ai fini della frequenza delle attività scolastiche presso l’Istituto Scolastico sopra indicato e

**DICHIARA**

Che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

* è affetto da disabilità certificata ai sensi della Legge n. 104/1992 (art. 3 comma 1 o 3);
* non usufruisce del servizio di trasporto disabili comunale, anche gestito a mezzo di enti del Terzo Settore e non è titolare di abbonamento annuale per la circolazione gratuita sugli autoservizi di TPL

**DICHIARA ALTRESÌ**

* di aver preso visione integrale e di aver compreso l’Avviso Pubblico per la concessione di un Contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia;
* di provvedere alla gestione dei servizi privati di trasporto scolastico dello studente suddetto, con mezzi propri, in maniera autonoma;

**ALLEGA**

* Copia del documento di identità del richiedente che sottoscrive la domanda;
* Copia certificazione attestante Handicap ai sensi della legge n. 104/1992 (art. 3 comma 1 o 3);
* Copia attestazione di frequenza scolastica;
* Copia certificazione ISEE corrente;
* Copia IBAN dell’intestatario del conto coincidente con la persona del richiedente il beneficio.

Data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_