

Spett.le
COMUNE DI POSSAGNO

OGGETTO: Richiesta contributo per il trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado nell'anno scolastico 2024/2025 (dal 11/09/2024 al 28/06/2025).

Il/La sottoscrit to/a								
Codice fiscale								
Nato/a a					il			
Residente a					in via			n.
Numero di tel efono					E-mail			

In qualità di:

- ☐ genitore
☐ persona esercente la potestà genitoriale

Del minore								
Codice fiscale								
Nato/a a					il			
Residente a		POSSAGNO in via					n.	

CHIEDE

Il contributo per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado nell'anno scolastico 2024/2025 (dal 11/09/2024 al 28/06/2025) per il suddetto minore con disabilità.

A tal fine, consapevole 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 genitoriali di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA

che il minore _____:

- nell'anno scolastico **2024/2025** è stato iscritto e ha frequentato i mesi di (barrare i mesi durante i quali il minore ha frequentato n. 10 giorni o più):

- Settembre 2024

□ Ottobre 2024

□ Novembre 2024

□ Dicembre 2024

□ Gennaio 2025

Febbraio 2025

□ Marzo 2025

□ Aprile 2025

- Maggio 2025

□ Giugno 2025

l'Istituto Scolastico del Comune di

- ha riconosciuto una disabilità fisica, psichica e/o sensoriale come da verbale INPS (L. 104/92 art. 3, commi 1 e 3);

e a tal fine

comunica il codice IBAN intestato al richiedente ed afferente ad un conto corrente (NO libretti postali):

e dichiara di non avere alcun contenzioso o posizione debitoria nei confronti dell'Ente;
Si allega la seguente documentazione:

- certificazione disabilità del minore (L. 104/92 art. 3, commi 1 e 3);
- copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il *contributo*;
- copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;

Data	Firma
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

II/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 successive modificazioni e integrazioni. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, riguardante la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e del Regolamento UE 2016/679, i dati personali acquisiti con riferimento al presente avviso saranno raccolti e trattati dal Comune di Sarcedo, anche attraverso l'inserimento in banche dati e l'elaborazione mediante procedure informatizzate, in esecuzione di obblighi previsti dalla legge o, comunque, per l'esclusiva finalità connessa alla gestione di detto rapporto, nonché all'adempimento degli obblighi ed alla tutela dei diritti derivanti dallo stesso.

Data Firma