

(MOD. 1)

MODELLO DI DOMANDA

CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' CERTIFICATA FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O PERCORSI TRIENNALI DI IeFP – ANNO SCOLASTICO 2023-2024-

Al Sindaco del Comune di Montalto di Castro

Ufficio Pubblica Istruzione

comune.montaltodicastro.vt@legalmail.it

OGGETTO: Richiesta contributo per il Servizio di Trasporto Scolastico alunno diversamente abile. A.S. 2023/2024

Il/i sottoscritto/i, (compilare con i dati di entrambi i genitori o dello studente stesso se maggiorenne)

-Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia _____, il _____ C.F.: _____

Documento d'identità n. _____

-Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia _____, il _____ C.F.: _____

Documento d'identità n. _____

In qualità di :

Studente (se maggiorenne)

Esercitante la responsabilità genitoriale, sull'alunno:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia _____, il _____ C.F.: _____

frequentante nell' A.S. 2023/2024, la seguente scuola secondaria di II grado o istituto paritario o percorso triennale di IeFP (indicare denominazione dell'Istituto Scolastico e indirizzo completo)

_____;

Consapevole delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000,

DICHIARA

1) che l'alunno è residente nel Comune di Montalto di Castro provincia di Viterbo, in Via/Piazza _____, n. _____;

2) che la distanza dalla propria abitazione alla sede scolastica è di Km. _____;

3) che necessita del servizio di trasporto scolastico: andata e ritorno solo andata solo ritorno

per tutto l'anno scolastico solo in alcuni giorni (indicare quali _____)

solo in alcuni periodi dell'anno scolastico (indicare quali _____)

CHIEDE

la concessione di un contributo economico, per affrontare le spese di trasporto, dell'alunno
Cognome _____ Nome _____, per raggiungere la sede scolastica.

ALLEGA

- certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale si esplicita la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL (verbale di accertamento dell'handicap ex Legge n.104/1992 in corso di validità);
- copia documento d'identità del/dei richiedente/i in corso di validità;

**Contatti per comunicazioni inerenti la presente dichiarazione:

Telefono _____ - indirizzo e-mail (valido)_____.

LIBERATORIA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda, per i fini di cui alla presente richiesta, ai sensi della legge 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679

Data _____

Firma del richiedente

(alunno se maggiorenne o entrambi i genitori)

N.B. Le domande dovranno pervenire al Comune entro e non oltre le ore 12:00 del 21 luglio 2023 all'indirizzo e.mail: comune.montaltodicastro.vt@legalmail.it o a mano presso l'ufficio protocollo.