Città di Paliano
PROVINCIA DI FROSINONE

MODULO DI RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO IN FAVORE DEGLI STUDENTI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O I PERCORSI TRIENNALI DI IeFP. ANNO SCOLASTICO 2025/2026.

Al Comune di Paliano
Ufficio Servizi Socio Culturali

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

DATI RICHIEDENTE: □ genitore □ tutore legale

Il sottoscritto/a _____ nato/ a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____n._____

indirizzo e-mail (obbligatorio) _____ Tel_____

C.F.

IBAN:

CHIEDE PER LO STUDENTE

Cognome _____ Nome _____

nato/a_____ il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. ____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

iscritto nell'anno scolastico 2025/26 alla classe _____ dell'Istituto di Istruzione secondaria di II grado o percorsi triennali di IeFP _____sito in _____Provincia _____ indirizzo _____

il contributo relativo alle spese sostenute per il trasporto verso l'Istituto Scolastico sopra indicato.

A tal fine il sottoscritto/a dichiara che la distanza casa-scuola (calcolare i km percorsi in un giorno per l'andata casa-scuola e il ritorno scuola-casa) è la seguente:

Distanza percorsa in Km: Andata Km _____ Ritorno Km _____

che l'intervento di trasporto dello studente sopraindicato è estremamente complesso ed oneroso per i seguenti motivi:

☐ **disabilità grave art. 3 comma 3, Legge 104/92**

☐ **condizione di particolare isolamento territoriale di seguito indicata:**

……...

Il sottoscritto è consapevole che, ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti.

Dichiara, altresì, di **non avere** presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.

Data Firma del richiedente (**)

_____ _____

(**) **da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del dipendente incaricato della ricezione o da inviare unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità.**

Indirizzo al quale inviare eventuali comunicazioni:

Via/piazza: _____

Comune _____ PR _____CAP _____

E-mail _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a ……..…… autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Data Firma del richiedente

_____ _____

Si allegano:

- **Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale accertamento ex L. 104/92 in corso di validità);**
- **Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;**
- **Copia del documento d'identità in corso di validità dello studente.**