

**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 2023/2024.**

**AL COMUNE DI PALIANO  
UFFICIO SERVIZI SOCIO CULTURALI**

**DATI RICHIEDENTE:**  genitore  tutore legale

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**C.F.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**IBAN:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE PER LO STUDENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

iscritto nell'anno scolastico 2023/24 alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto di Istruzione secondaria di II grado \_\_\_\_\_ 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**

**Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000**

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 L. 104/92
- condizione di particolare isolamento territoriale o complessità del trasporto

Specificare le motivazioni:

---

---

### SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che riguardano la situazione personale o familiare del beneficiario (ad es. cambio di residenza, di scuola, ricoveri con conseguente sospensione della frequenza scolastica etc...) ai fini di una efficace gestione della presente richiesta.

### DICHIARA INOLTRE:

- di essere informato che i diversi Enti coinvolti nella procedura hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni rese e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sul progetto in atto;
- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati e sono copie conformi agli originali di cui si è in possesso;
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni mendaci.
- di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la presente domanda al seguente indirizzo e-mail:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

### INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Paliano nella persona del Legale Rappresentante.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presta il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate in domanda

Si  No

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

Si allegano:

- **Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale accertamento ex L. 104 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**