COMUNE DI CHIARANO

Provincia di Treviso

C.a.p. 31040 – Via Marconi 21 – Tel. 0422/746010 – Telefax 0422/746862 – E-mail info@comune.chiarano.tv.it
Pec: comune.chiarano.tv@pecveneto.it

OGGETTO: DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI STUDENTI CON DISABILITÀ, PRIVI DI AUTONOMIA, FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO – ANNO 2024

(DA PRESENTARE ENTRO LE ORE 12:00 DEL 24/02/2025)

Io, sottoscritto/a (cognome e nome) ……..
codice fiscale …… nato/a il ……/……/……. a ……..
residente a …… in …… n……
telefono abitazione …… cellulare…… email: ……

PRESENTO DOMANDA

di contributo per il servizio di trasporto scolastico: per mio/a figlio/a
(cognome e nome) ……
codice fiscale …… nato/a il ……/……/……. a ……..
residente a …… in …… n. ……
quale alunno/a iscritto/a, nell'anno 2024 nel periodo 01/01/2024 – 31/12/2024, presso la/le seguente/i scuole (indicare più istituti nel caso lo studente abbia cambiato sede durante il periodo di riferimento):

1. scuola:

☐dell'infanzia (materna) denominata …….

☐primaria (elementare) denominata ……

☐secondaria 1° grado (media) denominata ……

2. scuola (eventuale):

☐dell'infanzia (materna) denominata …….

☐primaria (elementare) denominata ……

☐secondaria 1° grado (media) denominata ……

3. scuola (eventuale):

☐dell'infanzia (materna) denominata …….

☐primaria (elementare) denominata ……

☐secondaria 1° grado (media) denominata ……

e, in relazione alla presente domanda,

DICHIARO

ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000

A. che mio/a figlio/a succitato/a e in possesso di certificazione di alunno in situazione di handicap secondo:

- ○ L.104/92 art. 3 comma 3 in situazione di gravità
- ○ L. 295/90; Art. 20 L. 102/2009 - Invalidità civile con indennità di accompagnamento
- ○ L. 295/90; Art. 20 della L. 102/2009 - Invalidità civile con indennità di frequenza

B. che mio/a figlio/a succitato/a, nell'anno 2024: ha frequentato **dal 01/01/2024 sino al 31/12/2024 N° …… giorni di scuola**, di cui (indicare più istituti nel caso lo studente abbia cambiato sede durante l'anno):

– n. giorni …… presso l'istituto …….
– n. giorni …… presso l'istituto …….
– n. giorni …… presso l'istituto …….

C. che nei suddetti giorni di frequenza:

○ ho provveduto autonomamente al trasporto dell'alunna/alunno;

○ mi sono rivolto/rivolgerò alla seguente associazione/ditta di trasporto disabili (se più di una, indicarle con il relativo periodo):

- …… dal ……. al …….
- …… dal ……. al …….
- …… dal ……. al …….

D. che l'importo del contributo, riconosciutomi nei limiti delle risorse assegnate al Comune, verrà accreditato sul seguente **conto corrente** (c/c) bancario (scrivere in stampatello chiaro il codice IBAN e i dati dell'intestatario del conto)

| I|T | |__|__| |__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Banca…….
Nome cognome Intestatario del c/c ……
Codice Fiscale intestatario del c/c ……

E. di aver preso visione dell'avviso pubblico del Comune di Chiarano "Contributo per il servizio di trasporto scolastico degli studenti con disabilita, privi di autonomia, frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado – ANNO 2024", e di accettare quanto in esso indicato;

F. di essere consapevole, ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite;

ALLEGO

○ copia di un mio documento di riconoscimento (fronte e retro) in corso di validità;

O verbale di accertamento dell'handicap di mio figlio/a ex Legge n.104/1992 in corso di validità;

oppure

O documentazione relativa all'esito della Commissione invalidi civili (L.295/90; Art. 20 L. 102/2009).

Luogo e data Firma dichiarante

_____ _____