

Oggetto: contributo economico per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità. Anno 2025

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale

NOME																
COGNOME																
LUOGO E DATA DI NASCITA																
CODICE FISCALE																
RECAPITO TELEFONICO																

Generalità dello studente

NOME																
COGNOME																
LUOGO E DATA DI NASCITA																
CODICE FISCALE																
DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA O PRIMARIA O SECONDARIA DI PRIMO GRADO																
CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2024/2025 (gennaio-giugno 2025)										1° 2° 3° 4° 5°						
DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA O PRIMARIA O SECONDARIA DI PRIMO GRADO																
CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2025/2026 (settembre-dicembre 2025)										1° 2° 3° 4° 5°						

Residenza anagrafica del nucleo familiare

Via/Piazza		n. civico	
Comune		Provincia	

CHIEDE

- l'assegnazione di contributo economico per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di I grado per l'anno 2025;
- in caso di concessione del contributo di provvedere all'erogazione tramite accredito sul seguente conto corrente di cui è intestatario o cointestatario:

ISTITUTO BANCARIO: _____

COORDINATE BANCARIE (IBAN): _____

PAESE	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

- è affetto da disabilità certificata ex Legge n. 104/1992;
- è trasportato presso l'Istituzione scolastica con un mezzo privato del nucleo familiare in maniera autonoma oppure con trasporto effettuato da terzi (trasporto di linea, altro _____)

ALLEGA

- Copia del documento di identità del richiedente che sottoscrive la domanda;
- Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L.104 in corso di validità);
- Codice IBAN;

Luogo e data

Firma leggibile

In relazione al GDPR 679/2016, si informa che il titolare dei dati personali è il Comune di Montanaro con sede in via Matteotti n. 8. L'informativa completa con finalità, modalità di trattamento, addetti incaricati al loro trattamento, soggetti ai quali possono essere comunicati, l'ambito di diffusione dei dati medesimi e diritti che possono essere esercitati ai sensi degli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 del citato GDPR è disponibile nella sezione privacy sul sito istituzionale del comune: <http://www.comune.montanaro.to.it/>.