



**DOMANDA PER IL CONTRIBUTO A SUPPORTO DEL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI CON
DISABILITÀ CERTIFICATA E RESIDENTI NEL COMUNE DI LA MADDALENA, FREQUENTANTI
L'ISTITUTO COMPRENSIVO NELL' ANNO 2023.
(Scadenza presentazione 21 dicembre 2023)**

*All'Ufficio Pubblica Istruzione
del Comune di La Maddalena*

OGGETTO: Domanda per il contributo a supporto del trasporto scolastico di alunni con disabilità certificata e residenti nel Comune di La Maddalena, frequentanti l'Istituto Comprensivo nell'anno 2023.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il ___/___/___ C.F. _____ residente a _____
_____ via _____ n. _____
tel./cell. _____ in qualità di genitore/affidatario/tutore

CHIEDE

di poter usufruire del contributo a supporto del trasporto scolastico per il proprio figlio/a
_____, nato/a a _____ il ___/___/___ C.F.
_____ residente a _____ via
_____ n. _____ che per il periodo:

Gennaio – Giugno 2023 (a.s. 2022/2023) frequentava l'Istituto Comprensivo Statale (barrare la casella corrispondente all'opzione scelta):

Scuola dell'Infanzia di _____ sezione _____;

Primaria Plesso di _____ classe _____ sezione _____;

Secondaria di I Grado Via La Fornace classe _____ sezione _____;

oppure

Settembre – Dicembre 2023 (a.s. 2023/2024) frequenta l'Istituto Comprensivo Statale (barrare la casella corrispondente all'opzione scelta):

Scuola dell'Infanzia di _____ sezione _____;

Primaria Plesso di _____ classe _____ sezione _____;

Secondaria di I Grado Via La Fornace classe _____ classe _____ sezione _____;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:

che l'alunno/a _____ è residente nel Comune di La Maddalena ed è iscritto all'Istituto Comprensivo Via Carducci.

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.);
 - di essere informato/a che i dati personali raccolti sono obbligatori e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (artt. 10 e 13 D.lgs. 196/2003 e s.m.i.) e di autorizzarne il trattamento;
 - di essere informato/a che i dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.lgs. 281/1999 e s.m.i.);
 - di autorizzare l'invio agli indirizzi sopra indicati di ogni comunicazione relativa al procedimento di assegnazione del contributo e di impegnarsi alla immediata comunicazione dei cambi di indirizzi;
 - di autorizzare l'accredito del contributo sul proprio conto corrente bancario o postale o sulla propria carta prepagata con il seguente Codice IBAN:
-

Allega alla presente:

- Copia del Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della L 104/92 (in corso di validità);**
- Documento di identità del richiedente e copia codice fiscale (obbligatorio);**
- Copia codice IBAN (intestato al richiedente) rilasciato dagli istituti bancari o postali ai fini dell'erogazione del contributo;**

La Maddalena, _____

Firma per accettazione
