

(allegato n. 2)

MODULO RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO PER STUDENTI DISABILI RESIDENTI NEL COMUNE DI SANNAZZARO DE' BURGONDI E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO – ANNO 2023

Spett.le
Comune di
Sannazzaro de' Burgondi
Via Cavour 18
27039 Sannazzaro de' B. (PV)

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

nato/a _____ provincia (_____)

il ____/____/____, residente a _____ (____),

via/piazza _____, n. _____,

C.F. _____

cell. _____ mail: _____

in qualità di (*barrare*):

- ☐ padre
- ☐ madre
- ☐ tutore/ tutrice del minore

esercitante la responsabilità genitoriale o la tutela legale del minore

_____ nato il ____/____/____
(Cognome) (Nome)

a _____ (____), residente a _____ (____),

via/piazza _____, n. _____, C.F. _____

frequentante la seguente scuola:

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA			
SITA IN VIA/PIAZZA		N. CIVICO	
NEL COMUNE DI		PROVINCIA	
CLASSE FREQUENTA NELL'A.S. 2023/2024			

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del citato Decreto, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che lo studente disabile indicato in preambolo è *(barrare la casella corrispondente)*

- cittadino/a italiano;
- cittadino/a del seguente Paese dell'U.E., diverso dall'Italia: *(indicare)*_____;
- cittadino/a di un paese non appartenente dall'U.E. con regolare permesso di soggiorno;

che il servizio di trasporto scolastico del minore disabile indicato in preambolo è svolto, per l'anno 2023, nel seguente modo (*barrare la casella corrispondente*)

- con mezzi privati;
- con mezzi pubblici;
- altro: *(indicare)* _____;

Il/la sottoscritto/a autorizza il Comune di Sannazzaro de' Burgondi al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e allegano alla presente

(obbligatoriamente, pena esclusione dal contributo):

- certificazione di disabilità rilasciata dalla struttura sanitaria competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità);
- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e, ove ricorra il caso, copia del permesso di soggiorno in corso di validità;

CHIEDONO

che, in caso di concessione del contributo, lo stesso venga liquidato su seguente conto corrente bancario/postale di appoggio:

[illegible]

Luogo e data

firma del padre o madre del minore/tutore legale
