



Allegato "B"

COMUNE DI SONNINO

Prov. di Latina

AREA 1.2

Ufficio Pubblica Istruzione

E-mail areaamministrativa1.2@comune.sonnino.latina.it

Pec info@pec.comune.sonnino.latina.it - elettoralesonnino@legalmail.it

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI ISTITUZIONI SCOLASTICHE DI II° GRADO – A.S. 2024/2025

Il/la sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

in Via _____ tel. _____ e mail _____

in qualità di _____ dell'ALUNNO/A _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ in Via _____ cap _____

iscritto/a al _____ anno sez. _____ dell'Istituto _____

sede di _____

Richiamate le sanzioni penali previste dal "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" che all'art.76 stabilisce:

- 1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*
- 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.*
- 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.*

DICHIARA

Che il proprio figlio:

non è in grado di poter utilizzare i mezzi pubblici di trasporto per i seguenti motivi:



COMUNE DI SONNINO

Prov. di Latina

AREA 1.2

Ufficio Pubblica Istruzione

E-mail areaamministrativa1.2@comune.sonnino.latina.it

Pec info@pec.comune.sonnino.latina.it - elettoralessonnino@legalmail.it

- utilizza i seguenti mezzi pubblici di trasporto _____
sostenendo una spesa pari ad € _____ per _____
- che il percorso da casa a scuola - andata e ritorno - è quantificabile in Km _____
- In caso di erogazione del beneficio, il contributo può essere accreditato sul proprio conto corrente, il cui codice IBAN è il seguente: _____

Eventuali comunicazioni utili:

CHIEDE

per l'alunno/a sopra indicato un contributo per il trasporto da casa a scuola e viceversa, giusta Determinazione n. G08695 del 01/07/2024 Direzione Regionale "Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro" – Area "Diritto allo Studio Scolastico e Universitario".

ALLEGA

1. Copia della certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
2. Documento di identità del richiedente; 3. Documento di identità dell'alunno.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma _____