COMUNE DI SONNINO
AREA 1 - Welfare e Servizi alla persona
Responsabile EQ Dott. Tiziano Lauri

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI ISTITUZIONI SCOLASTICHE DI II° GRADO – A.S. 2025/2026

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:

_____
_____
_____
_____

- 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 servizio trasporto scolastico studenti con disabilità anno scolastico 2025/2026, di cui alla Nota della Regione Lazio, assunta al Protocollo dell'ente con il nr. 48788 del 12/08/2025.

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 _____