

OGGETTO: Avviso pubblico per la concessione di contributi alle famiglie a copertura delle spese sostenute per il trasporto di studenti con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado per l'anno 2024.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ in via _____
tel. _____ mail _____
in qualità di _____ dell'alunno/a
Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al riconoscimento dei contributi in favore delle famiglie degli studenti con disabilità per il rimborso delle spese sostenute per il tragitto casa/scuola e viceversa per l'anno 2024

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 786 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atti falsi

1. che il proprio figlio/a è stato regolarmente iscritto all'anno scolastico 2023/2024 presso l'Istituto _____ di _____ o è iscritto all'anno scolastico 2024/2025 presso l'Istituto _____ di _____;
2. che il proprio figlio è in possesso della certificazione di disabilità di cui alla L. 104/92 e privo di autonomia;
3. di aver percorso n. Km _____ giornalieri (indicare totale andata e ritorno) per nr. giorni _____ per il tragitto casa/scuola e viceversa nell'anno 2024;

4. di aver percorso n. Km _____ giornalieri (indicare totale andata e ritorno) per nr. giorni _____ per il tragitto verso centri specialistici/riabilitativi e viceversa, durante l'orario di frequenza scolastica, nell'anno 2024;

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che potranno essere fatti controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite, anche tramite la Guardia di Finanza e altri enti pubblici; ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 vi è la decadenza dai benefici conseguenti a provvedimenti emanati sulla base di una dichiarazione non veritiera;
- i contributi verranno erogati fino ad esaurimento dei fondi disponibili, pertanto, in caso gli importi da erogare superino il fondo disponibile, il contributo potrebbe essere proporzionalmente ridotto;
- di non aver richiesto altri contributi per la stessa tipologia di spese sostenute nel medesimo periodo;

CHIEDE

che il pagamento del contributo venga erogato tramite conto corrente bancario o postale intestato a _____ IBAN _____

ALLEGA

- fotocopia carta d'identità del richiedente o titolo di soggiorno in corso di validità;
- fotocopia della carta d'identità dell'alunno con disabilità o titolo di soggiorno in corso di validità;
- certificazione di disabilità ai sensi della L.104/93;

INFORMATIVA PRIVACY

I dati personali da Lei comunicati con il presente modulo verranno trattati dal Comune di Isola Vicentina nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679 e del d. lgs. n. 196 del 2003, come successivamente modificato, nonché secondo le modalità, finalità e limiti indicati nel documento informativo pubblicato in forma estesa sul sito web istituzionale dell'Ente (www.comune.isola-vicentina.vi.it) e disponibile presso lo sportello, oppure affisso allo sportello stesso in forma semplificata.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento, e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.

(luogo e data) _____, ___/___/_____

FIRMA _____