**AL COMUNE DI CAGLI**

**Ufficio Assistenza e Pubblica Istruzione**

**P.zza Matteotti n. 1**

**61043 CAGLI (PU)**

# OGGETTO: Richiesta di contributo economico per il trasporto scolastico di studenti con disabilità residenti a Cagli iscritti presso la scuola dell’infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell’A.S. 2023/2024, periodo gennaio/giugno 2024, e/o nell’A.S. 2024/2025, periodo settembre/dicembre 2024.

Il sottoscritto/a nato/a il / / nel comune di , residente a Cagli (PU) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

 Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel/Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in qualità di:

* Genitore del minore sotto indicato:

*oppure*

* Rappresentante legale/tutore del minore sotto indicato:

Cognome e nome (del minore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il / / nel comune di , residente a Cagli (PU) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’erogazione del contributo per il trasporto di studenti con disabilità residenti a Cagli ed iscritti presso la scuola dell’infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell’A.S. 2023/2024, periodo gennaio/giugno 2024, e/o nell’A.S. 2024/2025, periodo settembre/dicembre 2024

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo e consapevole delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci, previste dallo stesso DPR 445/2000,

**DICHIARA**

1. **di aver preso visione delle condizioni dell’avviso**, in particolare delle modalità di utilizzo del contributo, dei motivi di esclusione e dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR;
2. **che il/la proprio/a figlio/a minore**, come sopra generalizzato, **ha frequentato, nell’A.S. 2023/2024, periodo gennaio/giugno 2024:**
	* SCUOLA INFANZIA

Indicare scuola ed indirizzo:

* + SCUOLA PRIMARIA (ex scuole elementari)

Indicare scuola ed indirizzo:

* + SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (ex scuole medie)

Indicare scuola ed indirizzo:

che **la propria abitazione si trova a km dall’Istituto scolastico** frequentato dal minore o dal centro di riabilitazione;

1. **che il/la proprio/a figlio/a minore**, come sopra generalizzato, **ha frequentato, nell’A.S. 2024/2025, periodo settembre/dicembre 2024:**
	* SCUOLA INFANZIA

Indicare scuola ed indirizzo:

* + SCUOLA PRIMARIA (ex scuole elementari)

Indicare scuola ed indirizzo:

* + SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (ex scuole medie)

Indicare scuola ed indirizzo:

1. che **la propria abitazione si trova a km dall’Istituto scolastico** frequentato dal minore o dal centro di riabilitazione;
2. che l’eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale – indicare l’**IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Si allegano:

🞎 Copia documento di identità del genitore/sottoscrittore della domanda in corso di validità;

🞎 Copia documento di identità dell’alunno/a disabile;

🞎 Copia del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno in corso di validità o ricevuta attestante l’avvenuta presentazione della richiesta di permesso (per i cittadini extracomunitari).

🞎 Certificazione rilasciata dalla competente Commissione medica di accertamento della disabilità (L.104/92 art.3, commi 1 e 3);

🞎 Copia IBAN c/c sul quale effettuare il bonifico.

Luogo e data

IL RICHIEDENTE