Allegato B

Spett.Le
Comune di Rosà
Ufficio Servizi Sociali
Piazza della Serenissima 1
36027 Rosà(VI)

<u>OGGETTO</u>: Modulo Domanda di accesso al contributo per il trasporto scolastico di studenti con disabilità privi di autonomia – Scuola dell'infanzia, primaria o secondaria - Anno 2024.

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____il _____
residente a Rosà (VI), in Via _____ n._____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di genitore, tutore o affidatario dello studente

Nome e Cognome _____
Luogo e data di nascita _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

CHIEDE

di poter accedere al contributo a favore delle famiglie di studenti con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale che nell'anno 2024 hanno effettuato in autonomia il trasporto scolastico (tragitto casa/scuola e viceversa).

A tal fine, **DICHIARA**

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico;
- che lo studente nell'anno solare 2024 (01/01/2024 – 31/12/2024) ha frequentato una scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado;
- che lo studente è in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92 e ss.mm.ii o, in alternativa, di certificazione di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1 della Legge 104/92 e beneficia di indennità di frequenza/accompagnamento;
- di aver effettuato in autonomia il trasporto scolastico.

Ai fini dell'attribuzione della maggiorazione dell'importo del contributo dichiara che lo studente è in possesso di certificazione di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92:

- ☐ Si
- ☐ No

Dichiara, inoltre, di non aver usufruito negli a.s. 2023/2024 e 2024/2025 della gratuità del trasporto scolastico tramite i servizi di Scuolabus o Trasporto Sociale erogati dal Comune, oppure di averne usufruito parzialmente con le seguenti modalità:

_____

_____

Si chiede che il contributo economico eventualmente riconosciuto venga accreditato sul conto corrente bancario o postale:
Intestatario sig./sig.ra _____
CF _____
ed identificato dal seguente codice IBAN:
|__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per le finalità previste dall'Avviso.

Documenti da allegare

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Permesso di soggiorno per i cittadini non comunitari;
- Certificazione di handicap ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 3 (gravità) per attribuzione maggiorazione del contributo o verbale di accertamento invalidità civile ai sensi della legge 102/09;
- IBAN nel quale effettuare l'accredito del contributo.

_____ _____

Luogo e data Firma