



Spett.le  
Ufficio PIANO SOCIALE DI ZONA C03  
P.zza Municipio snc. Teano (CE)  
PEC [protocollo.teano@asmepec.it](mailto:protocollo.teano@asmepec.it)

**Oggetto: Richiesta contributi per trasporto scolastico a favore di studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici secondari di II° grado ubicati nei comuni dell'Ambito C03 – a.s. 2018/2019 ☐ - Ambito C03**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

(indicare se diverso da residenza)

Domiciliato in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

In qualità di:

Studente maggiorenne  Genitore dello/a studente/ssa  Rappresentante dello/a studente/ssa

*(Generalità dello studente da compilare solo se diverso dal richiedente)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

(indicare se diverso da residenza)

Domiciliato in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

Iscritto per l'anno scolastico 2018/2019 alla classe \_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_

sito alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)

### CHIEDE

di accedere al contributo previsto dall' avviso pubblico per contributi per trasporto scolastico agli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici secondari di secondo grado ubicati nei comuni dell'Ambito C03 nel tragitto casa/scuola e viceversa

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46, 47 e 76, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,



**DICHIARA**

- a) che lo studente Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
frequenta per l'anno scolastico 2018/19 la classe \_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_ sito  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_\_)
- b) che lo studente interessato all'eventuale beneficio del contributo si trova in situazione di disabilità -  
tipologia \_\_\_\_\_ con una percentuale di \_\_\_\_ certificata dai competenti  
organi sanitari (*di cui alla documentazione allegata*);
- c) che la certificazione di invalidità/handicap allegata del soggetto per il quale si richiede il contributo  
rilasciato dai competenti organi sanitari è conforme all'originale e che quanto ivi attestato non è stato  
revocato, sospeso o modificato;
- d) che il valore ISEE anno \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ è pari ad € : \_\_\_\_\_
- e) che la distanza che intercorre dalla residenza/domicilio dello studente beneficiario e l'istituto  
scolastico frequentato è pari a Km. \_\_\_\_\_;
- f) che per l'anno scolastico 2017/2018  i giorni di frequenza scolastica sono stati pari a \_\_\_\_\_ (*di cui alla  
documentazione allegata*)
- g) di non aver ricevuto, nell'anno scolastico 2017/2018  altri analoghi benefici da Pubbliche  
Amministrazioni per le medesime finalità.
- h) di essere consapevole della circostanza che la presentazione della suddetta istanza non determina,  
in favore del soggetto richiedente il contributo, alcun diritto e/o pretesa al conseguimento dello  
stesso.
- i) Di accettare le condizioni prescritte nell'avviso pubblico di concessione del contributo;
- j) di essere a conoscenza dell'informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e di  
autorizzare, pertanto, il trattamento dei dati personali per gli usi connessi alla presente procedura.
- k) di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati dei controlli, diretti ad  
accertare la veridicità delle informazioni fornite.

**A tal fine allega:**

1. copie documento di riconoscimento richiedente;
2. copia codice fiscale richiedente;
3. copie documento di riconoscimento beneficiario (se diverso dal richiedente);
4. copia codice fiscale beneficiario (se diverso dal richiedente);
5. copia del certificato di disabilità del soggetto beneficiario rilasciato dai competenti organi sanitari;
6. Attestazione ISEE compatibile con l'anno scolastico per il quale si presenta la domanda;
7. Attestazione giorni di frequenza rilasciata dall'istituto scolastico;
8. Coordinate bancarie rilasciate dall'istituto bancario/postale.

Luogo e data \_\_\_\_\_ (firma leggibile) \_\_\_\_\_