

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI
ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI
SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O I
PERCORSI TRIENNALI DI I e FP -ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

Al Comune di Rocca di Papa
Area Servizi al Cittadino
protocollo@comune.roccadipapa.rm.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48)

Il/la sottoscritto _____ nato/a _____

il _____ codice fiscale _____ residente

a _____ in Via _____

tel. _____ e.mail _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

è residente nel Comune di Rocca di Papa (RM)

in Via _____

e che lo/a stesso/a nell'anno scolastico 2023/2024 frequenta il seguente Istituto Scolastico:

Denominazione Istituto _____

Indirizzo Istituto _____ Telefono Istituto _____

Classe _____ Sezione _____

CHIEDE

per l'alunno/a sopra indicato la concessione di un contributo per il trasporto scolastico studenti con disabilità II ciclo a.s. 2023/2024 da casa a scuola e viceversa:

- in forma completa (andata e ritorno)
- in forma parziale (solo andata o solo ritorno, solo in alcuni giorni, solo in alcuni periodi dell'anno scolastico) *specificare* _____

DICHIARA

- che il percorso da casa a scuola -andata e ritorno -è quantificabile in KM giornalieri _____

DICHIARA INOLTRE

(dichiarazione non necessaria, ma eventuale)

- la sussistenza di interventi di trasporto estremamente complessi e onerosi a causa di situazioni territoriali di particolare isolamento e/o della gravità della disabilità certificata (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992)
specificare _____

Il richiedente DICHIARA che il conto corrente sul quale effettuare il pagamento del contributo ha il seguente codice IBAN

codice																										
IBAN																										

Banca/filiale _____

Intestato a _____

(se l'intestatario del conto corrente è diverso dal richiedente il contributo, indicare nome cognome e codice fiscale intestatario conto)

Il richiedente DICHIARA di aver preso visione dell'Informativa privacy ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea n. 679/2016, come pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Rocca di Papa in allegato all'avviso pubblico prot. dell'Ente n. 18354 del 04.07.2023, e AUTORIZZA al trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza.

ALLEGA

- Copia di certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
- Copia di certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3, in caso di studente con disabilità grave;
- Copia documento d'identità, in corso di validità, del soggetto richiedente che firma l'istanza di contributo

SI IMPEGNA

a integrare la richiesta di contributo mediante trasmissione, entro e non oltre il 30.06.2024, del certificato rilasciato dall'Istituto Scolastico attestante i giorni in cui lo studente ha effettivamente frequentato la scuola nell'a.s. 2023/2024.

Data

Firma
