

Al Comune di Trecastagni

Ufficio Servizi Sociali

protocollo@pec.comune.trecastagni.ct.it

OGGETTO: Richiesta di contributo economico per il trasporto scolastico di studenti con disabilità residenti a Trecastagni ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado **nell'anno solare 2024 (dal 01/01/2024 al 31/12/2024)**.

Il sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/___ nel Comune di _____, residente in
Trecastagni via _____ n. _____ lett. ___ int. ___ CAP _____
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 in via
_____ n. _____ lett. ___ int. ___ CAP _____ Comune di
Trecastagni, Cod. Fisc. _____,

CHIEDE

l'erogazione del contributo per il trasporto di studenti con disabilità residenti a Trecastagni ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado **nell'anno solare 2024 (dal 01/01/2024 al 31/12/2024)**.

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 del bando, in particolare delle modalità di utilizzo del contributo, dei motivi di esclusione e dell'informativa inerente al 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, frequenta, **nell'anno solare 2024 (dal 01/01/2024 al 31/12/2024)**:

SCUOLA MATERNA Indicare scuola ed indirizzo:

SCUOLA PRIMARIA (ELEMENTARI) Indicare scuola ed indirizzo:

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (MEDIE) Indicare scuola ed indirizzo:

3. che la propria abitazione si trova a _____ km dall'Istituto scolastico: frequentato dal minore;

4. che l'eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale – indicare l'IBAN
Si allegano:

copia di un documento di identità del richiedente, in corso di validità;

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

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

Il /La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di autorizzare il Comune di Trecastagni (CT) al trattamento dei propri dati personali contenuti nella presente domanda per le finalità connesse alla procedura in oggetto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Trecastagni, li _____

IL RICHIEDENTE
