**MODULO DI RICHIESTA**

**CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO**

**PER STUDENTI DISABILI FREQUENTANTI IL II CICLO**

**ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

**AL COMUNE DI MARTA (VT)**

**Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | |  | | | | | | | | | | | | | COGNOME | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Residenza anagrafica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA N. CIVICO |  | TELEFONO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |

**Generalità dello studente destinatario**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | COGNOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | | |  | | |
| CODICE FISCALE | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA  SECONDARIA DI 2° GRADO O PERCORSI TRIENNALI DI IEFP | | |  | | |
| VIA/PIAZZA |  | | | N. CIVICO |  |
| COMUNE |  | | | PROVINCIA |  |
| CLASSE FREQUENTANTATA  NELL'A.S. 2025/2026 | | □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 | | | |
| NUMERO COMPLESSIVO DEI KM PERCORSI GIORNALMENTE DALL'ALUNNO | |  | | | |

Il contributo per i Km sopra indicati (da intendersi come Km percorsi giornalmente tra andata e ritorno) viene richiesto:

|  |
| --- |
| ► In forma **COMPLETA** (andata e ritorno) |

|  |
| --- |
| ► In forma **PARZIALE** |

|  |
| --- |
| ► Solo andata |

|  |
| --- |
| ► Solo ritorno |

|  |
| --- |
| ► Solo in alcuni giorni (specificare quali …......................................................................................) |

|  |
| --- |
| ►Solo in alcuni periodi dell'anno (specificare quali ….....................................................................) |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

□ di essere cittadino/a italiano;

□ di essere cittadino/a di un Paese dell'U.E. diverso dall'Italia;

□ di essere cittadino/a di un paese non appartenente dall'U.E. con regolare permesso di soggiorno;

□ di **non avere** presentato domando per ottenere analogo beneficio in altra Regione;

 di esser informato, tramite apposita informativa inclusa nell’avviso pubblico al quale è allegato il presente modello di istanza, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento della presente istanza.

Il sottoscritto autorizza il Comune di Marta al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

**Si allega:**

* Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità);
* Copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e copia tessera sanitaria

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_