Al Comune di Riano

Al Servizio Sociale

# DOMANDA PER L’ACCESSO AL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO/RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO PER ALUNNI CON DISABILITA’ FREQUENTANTI LE SCUOLE DI ISTRUZIONE SECONDARIA DI II GRADO E I CENTRI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ACCREDITATI - A.S. 2025-2026

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_ Nato/a il a , residente in Via/Piazza

 C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CAP Città , recapito telefonico \_

 Mail , PEC

 In qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno (specificare):

# CHIEDE

Di poter usufruire del trasporto scolastico per alunni con disabilità in favore dell’alunno/a:

Cognome Nome

Nato/a il a , residente in Via/Piazza \_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP. Città , iscritto/a per l’A.S. 2025/2026 all’Istituto

Scolastico (specificare la denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo della sede frequentata Via/Piazza \_\_\_\_\_

CAP Città

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di falsità in atto e mendaci dichiarazioni ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/00, **DICHIARA**:

 **CHE LA MODALITA’ DI TRASPORTO CHE INTENDE ADOTTARE È (scegliere un’opzione):**

* Trasporto scuolabus comunale
* Rimborso chilometrico

La distanza casa-scuola (calcolare i km percorsi dallo studente in un giorno per l'andata casa- scuola e il ritorno scuola-casa) è la seguente: Distanza giornaliera in Km:

* Rimborsi di abbonamento al servizio di trasporto pubblico

Costo abbonamento annuale: EURO

* Che l’alunno/a per cui presenta istanza è in possesso di certificazione di con disabilità ai sensi della L. 104/92 art.3 comma 3;
* Che l’alunno/a per cui presenta istanza usa la carrozzina □ SI □NO (barrare la casella);
* Che l’alunno/a per cui presenta istanza deambula con gli ausili □SI □NO (barrare la casella).

In caso di risposta affermativa specificare il tipo di ausili

 ;

* Che la fascia oraria delle lezioni è la seguente (specificare se mattutina o pomeridiana):

 ;

* Che il calendario scolastico è articolato dal:

□ lunedì al venerdì □ lunedì al sabato (barrare la casella di interesse).

Si allega alla presente

* Copia del documento di identità del genitore/tutore/amministratore di sostegno;
* Copia del documento di identità dell’alunno/a;
* Eventuale Decreto di nomina del tutore o dell’amministratore di sostegno;
* Copia L.104/92 art. 3 comma 3 in corso di validità;
* Eventuale altra documentazione utile per l’erogazione del servizio.

# DICHIARA

altresì:

* di aver letto in tutte le sue parti l’avviso esplorativo pubblicato sul sito del comune;
* che l’intervento di trasporto dello studente sopraindicato è estremamente complesso ed oneroso per i seguenti motivi:
* disabilità grave art. 3 comma 3 L. 104/92
* condizione di particolare isolamento territoriale o complessità del trasporto specificare

motivazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che riguardano la situazione personale o familiare del beneficiario (ad es. cambio di residenza, di scuola, ricoveri con conseguente sospensione della frequenza scolastica etc.…) al fine di una gestione efficace del procedimento.

Data Firma del richiedente

**Autorizzo il trattamento dei dai dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati.**

Data Firma del richiedente