# ALLEGATO A

**MODULO DI RICHIESTA**

# CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO

# PER STUDENTI DISABILI FREQUENTANTI IL II CICLO

# ANNO SCOLASTICO 2025/2026

**AL COMUNE DI ORIOLO ROMANO**

**postmaster@comuneorioloromano.vt.t**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | COGNOME |  |
| Luogo e data di nascita |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CODICE IBAN  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Residenza anagrafica**

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

**PEC (eventuale)**

|  |  |
| --- | --- |
| Eventuale indirizzo PEC dove si dichiara di voler ricevere le comunicazioni |  |

**Generalità dello studente destinatario**

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

**Istituto scolastico frequentato**

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE della scuola secondaria di 2° grado o dei percorsi triennali di IEFP |  |
| VIA/PIAZZA |  | NUMERO CIVICO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |
| Classe frequentata nell’anno scolastico 2025/2026 |  1  2  3  4  5 |
| Numero complessivo Km percorsi giornalmente dall'alunno |  |

Il contributo per i Km indicati nella pagina precedente (da intendersi come Km percorsi giornalmente tra andata e ritorno) viene richiesto (*barrare la casella che interessa*):

* In forma COMPLETA (andata e ritorno)
* In forma PARZIALE (*barrare la casella che interessa*)
* 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 domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione;

Il sottoscritto autorizza il Comune di Oriolo Romano al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Si allega:

* certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicitata la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex L. 104/1992, in corso di validità);
* Documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e dello studente;
* Codice fiscale o tessera sanitaria del richiedente e dello studente;
* Fotocopia codice IBAN;
* Informativa privacy (Allegato C)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l’art.4, comma 2 del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di controlli di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci

# Il sottoscritto dichiara di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente

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