Al Comune di Scurcola Marsicana

Ufficio Servizi Socio-Assistenziali

**Oggetto: Richiesta di un contributo economico per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità frequentanti la Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado. Anno 2025.**

Il sottoscritto , ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 45, 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, **dichiara** sotto la sua responsabilità:

Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO E DATA DI  NASCITA |  | | | | | | | | TEL/CELL | | | | | | | |
| MAIL | | | | | | | |
| CODICE  FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

Generalità dello studente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | |
| COGNOME |  | | | | | |
| LUOGO E  DATA DI  NASCITA |  | | | RESIDENZA |  | |
| CODICE  FISCALE |  | | | | |  |
|  | | | | | | |
| DENOMINAZIONE  DELL'ISTITUTO SCOLASTICO E DEL PLESSO DELL'INFANZIA PRIMARIA O SECONDARIA DI PRIMO GRADO  **FREQUENTATO NELL'ANNO** | | |  | | | |
| **2025** | | |
| VIA/PIAZZA | | N.  CIVICO | | | |  |
| COMUNE | |  | | PROVINCIA | | |
| CLASSE FREQUENTANTE NELL'ANNO  2025 | | | | 1° 2° 3° 4° 5° | | |
| GRADO (Infanzia/Primaria/Secondaria di  1°grado) | | | |  | | |

(Sezione da compilare solo nel caso in cui lo studente abbia cambiato sede scolastica durante l'anno 2025):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE  DELL'ISTITUTO SCOLASTICO E DEL PLESSO DELL'INFANZIA PRIMARIA O SECONDARIA DI PRIMO GRADO **FREQUENTATO NELL'ANNO** | |  | |
| **2025** | |
| VIA/PIAZZA | N.  CIVICO | | |
| COMUNE |  | | PROVINCIA |
| CLASSE FREQUENTANTE NELL'ANNO 2025 | | | 1° 2° 3° 4° 5° |
| GRADO (Infanzia/Primaria/Secondaria di 1°grado) | | |  |

Residenza anagrafica del nucleo familiare

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Via/Piazza |  | | n. civico | |  |
| Comune |  | | provincia | |  |
| Numero di telefono |  | | | | |
| Numero componenti nucleo familiare anagrafico |  | di cui altri studenti minori disabili presenti nel nucleo familiare (indicarne il numero) | |  | |

Generalità degli altri eventuali studenti minori disabili presenti nel nucleo familiare (n. 1)

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

Generalità degli altri eventuali studenti minori disabili presenti nel nucleo familiare (n. 2)

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

CHIEDE

che per l'anzidetto/a studente/essa sia concesso, per l'anno 2025, un contributo economico forfettario per il trasporto scolastico presso l'Istituto scolastico sopra citato.

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

* risiede nel Comune di Scurcola Marsicana;
* è affetto/a da disabilità, certificata ex Legge n. 104/1992;
* è privo di autonomia;
* non usufruisce del servizio di trasporto scolastico comunale né di trasporto da parte di associazioni di volontariato;
* è trasportato presso l'Istituzione scolastica, tratta urbana (Scurcola-Cappelle Cappelle-Scurcola) o extraurbana, con un mezzo privato del nucleo familiare, sostenendone la relativa spesa, con: (barrare la casella di interesse)
* tragitto A/R
* tragitto di sola andata o solo ritorno.

DICHIARA

* di aver preso visione integrale e di aver compreso l'Avviso Pubblico per la concessione di un contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia, anno 2025;
* di provvedere alla gestione dei servizi privati di trasporto scolastico dello studente suddetto, con mezzi propri, in maniera autonoma, tratta urbana (Scurcola-Cappelle Cappelle-Scurcola) o extraurbana;

ALLEGA

* fotocopia del documento di identità del richiedente e dello/a studente/studentessa per il/la quale si richiede il contributo;
* copia leggibile della certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
* fotocopia codice IBAN del conto corrente del dichiarante o di altro componente del nucleo familiare sul quale verrà accreditato il contributo.

Luogo e data Firma leggibile

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

**Informazioni:**

Per ogni nucleo familiare la richiesta di contributo potrà essere presentata da un componente maggiorenne.

Il richiedente dovrà presentare per ogni figlio minore con disabilità distinte domande di accesso al contributo.

La domanda, debitamente compilata, dovrà essere inviata entro le ore 12:00 del 31.10.2025 secondo le seguenti modalità:

* mediante la PEC: m[ail@pec.comune. scurcolamarsicana.aq..it](mailto:protocollo@comunegenzanodiromapec.it);
* inviandola alla email[: urp@comune.scurcolamarsicana.aq.it](mailto:scuola@comune.genzanodiroma.roma.it)
* consegnandola in formato cartaceo all'ufficio URP del Comune, in via Cav. di V. Veneto 5.

**Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Gentile Utente,

desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Scurcola Marsicana (AQ) e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali.

L'interessato *(barrare la casella di interesse)*

* **esprime** consenso espresso
* **non esprime** consenso

per l'utilizzo dei dati dichiarati per finalità connesse e complementari rispetto alla richiesta formalizzata, con possibilità di comunicazione degli stessi a persone fisiche o giuridiche all'uopo incaricate.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

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