



Comune di Cellatica

Al Comune di Cellatica
Ufficio Servizi Sociali
P.zza Martiri della Libertà
25060 Cellatica
protocollo@pec.comune.cellatica.bs.it

OGGETTO: Richiesta di contributo economico per il trasporto scolastico di studenti con disabilità residenti a Cellatica ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell'a.s. 2025/2026.

Il sottoscritto/a _____ Cod. Fisc _____
nato/a il ____/____/____ nel Comune di _____,
residente in via _____ n. _____
CAP _____ Comune di _____.
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) _____

Cod. Fisc _____

nato/a il ____/____/____ nel Comune di _____,

residente in via _____ n. _____

CAP _____ Comune di Cellatica

CHIEDE

l'erogazione del contributo per il trasporto di studenti con disabilità residenti a Cellatica ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell'a.s. 2025/2026. 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

Servizi Sociali

Comune di Cellatica - Piazza Martiri della Libertà, 9 - Cap 25060 - Cod. Fisc. 80018310179 - P.IVA 01295030173

Orari ricevimento pubblico: martedì e venerdì dalle 10:00 alle 12:30 Telefono 030.2526811 INTERNO 2

EMAIL: protocollo@pec.comune.cellatica.bs.it

"Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si informa che i dati contenuti nella presente sono trattati con mezzi cartacei e/o informatici e comunicati agli incaricati interni, nonché ad eventuali altri soggetti, la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizione di legge. I dati non sono diffusi, se non previsto da normative cogenti applicabili. E' possibile esercitare i diritti previsti dagli articoli dal 15 al 21 del citato Regolamento, rivolgendosi al Titolare del trattamento è il Comune di Cellatica. Maggiori informazioni sono disponibili consultando le informative sulla privacy dell'ente."





DICHARA

[illegible]

INTESTATO a: COGNOME _____ NOME _____

- 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 _____

EMAS
GESTIONE AMBIENTALE
VERIFICATA
(reg. n. IT 001076)