

**MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO
SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI
LA SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO
GRADO- ANNO 2025**

AL COMUNE DI PIGLIO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Art. 46 e 47 del DPR. 445/2000)**

Generalità del GENITORE o della persona che esercita la responsabilità genitoriale

NOME											COGNOME														
Luogo e data di nascita																									
CODICEFISCALE																									
IBAN																									

(Obbligatorio- intestato o cointestato al richiedente)

Residenza anagrafica

PIAZZA/NCIVICO											TELEFONO								
COMUNE						PROVINCIA					E-MAIL (obbligatorio)								

Generalità dello STUDENTE destinatario

NOME											COGNOME												
LUOGODINASCITA											DATADINASCITA												
CODICEFISCALE																							

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA/ISTITUTO																			
VIA/PIAZZA							NUMERO CIVICO												
COMUNE							PROVINCIA												
SCUOLA DELL'INFANZIA		SCUOLA PRIMARIA						SCUOLA SECONDARIA DI I^o (Media)											

Si allegano:

- Certificazione di disabilità rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità).
- Autodichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, relativa ai requisiti della residenza e della frequenza dell'istituto di istruzione;
- Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente
- Copia documento identità dello studente
- Attestazione ISEE Minorenni in corso di validità (ai soli fini della graduatoria)

Il Sottoscritto

DICHIARA

- Che il proprio figlio _____ nel 2025 è residente nel Comune di Piglio(FR)
- Che
 - **dal 01 Gennaio /2025 al 08 Giugno 2025**
risulta iscritto al _____ anno della Scuola
Infanzia Primaria Secondaria (media)
dell' Istituto di Istruzione _____ con sede a _____
 - **dal 11 Settembre 2025 al 31 Dicembre 2025**
risulta iscritto al _____ anno della Scuola
Infanzia Primaria Secondaria(media)
dell' Istituto di Istruzione _____ con sede a _____
- di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.
- di essere consapevole che, ai sensi degli artt.46-47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 “in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate, ai sensi dell'art.76, del citato D.P.R.445\2000, le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti”.
- di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente procedimento esclusivamente tramite comunicazione a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo

_____ @ _____
- Di essere a conoscenza che la domanda dovrà essere inoltrata all'Ente
 - tramite e-mail all'indirizzo: info@pec.comune.piglio.fr.it(anche da un indirizzo di posta ordinaria, avente ad OGGETTO: DOMANDA CONTRIBUTO TRASPORTO DISABILI (a pena di esclusione)
 - consegnandola in formato cartaceo all' Ufficio Protocollo del Comune nei giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00

Il Comune Informa che;

Il Titolare del trattamento dei dati, ai sensi della Legge, è Comune di Piglio (Viale Umberto I, 4 – 03010 Piglio (Fr)) nella persona del suo legale rappresentante pro tempore.

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art.37 del GDPR è:

DIGIWEBUNO SRL (Via Lecce 21, 03100 Frosinone (FR); e-mail: info@digiwebuno.it; telefono: 0775.881018; P.Iva: 0258974060) nella persona di MASSIMO GENOVESI, telefono: 0775.1530300; mail: gdpr@digiwebuno.it

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.t UE 2016/679.

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate in domanda

SI NO

Data _____

Firma _____