



COMUNE DI GRASSOBBIO

Provincia di Bergamo
AREA AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA
SETTORE SERVIZI SOCIALI

Alla cortese attenzione del
Comune di Grassobbio
Ufficio Servizi Sociali

Pec: comune.grassobbio@pec.regione.lombardia.it

OGGETTO: ISTANZA PER ACCEDERE AI CONTRIBUTI DESTINATI ALLE FAMIGLIE CHE PER L'ANNO 2025 (GENNAIO-GIUGNO) ABBIANO PROVVEDUTO AUTONOMAMENTE AL TRASPORTO DEI FIGLI DISABILI, FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO.

I_ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a Grassobbio, in via/p.zza _____ n. _____

carta d'identità nr. _____ rilasciata da _____ in data _____

telefono: _____ indirizzo e-mail: _____

in qualità di :

- ☐ genitore
- ☐ affidatario
- ☐ tutore

di: cognome _____ nome _____

nat_ a _____ il _____

codice fiscale _____

carta d'identità nr. _____ rilasciata da _____ in data _____

CHIEDE

Di beneficiare del contributo destinato alle famiglie che per l'anno 2025 (da gennaio a giugno 2025) abbiano provveduto autonomamente al trasporto dei figli con disabilità, frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado, statale o paritaria, finanziato dai fondi di cui alla L. n. 234/2021, art. 1, c. 174, secondo i criteri di accesso definiti dall'avviso.

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,



COMUNE DI GRASSOBBIO

Provincia di Bergamo
AREA AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA
SETTORE SERVIZI SOCIALI

DICHIARA

Che il minore _____ (*barrare con una crocetta*):

☐ è residente nel Comune di Grassobbio da data antecedente o coincidente con l'01/01/2025;

☐ è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificazione ex L. 104/1992, allegata;

☐ è stato iscritto e ha frequentato nell'anno scolastico 2024/2025 nei mesi (barrare con una i mesi di frequenza):

GENN – FEB – MAR – APR – MAG - GIU

Presso la scuola (barrare e indicare di seguito il nome dell'Istituto scolastico):

☐ dell'infanzia _____

☐ primaria _____

☐ secondaria di primo grado _____

sita in _____

via _____ n. _____

☐ è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificazione ex L. 104/1992, allegata;

☐ non ha usufruito, nell'a.s. 2024/2025, del servizio di accompagnamento casa/scuola erogato direttamente dal Comune;

☐ non usufruisce, nell'a.s. 2025/2026, del servizio di accompagnamento casa/scuola erogato direttamente dal Comune;

☐ Di aver effettuato autonomamente o a proprie spese il trasporto del minore a scuola, per i mesi di frequenza nell'anno solare 2025, senza fruire di contributi o servizi a finanziamento pubblico;

☐ Di essere consapevole che la presentazione del presente modulo non compilato in tutte le sue parti e/o di allegati incompleti o non conformi a quelli richiesti, comporta la nullità dell'istanza, senza possibilità di integrazione documentale, secondo quanto specificato nell'Avviso;

E A TAL FINE,

Comunica per l'eventuale erogazione del beneficio, che il codice IBAN intestato al richiedente ed afferente ad un conto corrente bancario o Postepay è il seguente: _____

Data e firma _____



COMUNE DI GRASSOBBIO

Provincia di Bergamo

AREA AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Allegati la seguente certificazione:

1. Certificazione attestante lo stato di handicap del minore ai sensi della Legge n. 104/1992;
2. Attestazione ISEE 2025;
3. Copia dei documenti di identità del genitore/affidatario/tutore richiedente e del minore;
4. Copia dei codici fiscali (Tessera Sanitaria) del genitore/affidatario/tutore richiedente e del minore;
5. Per i soli cittadini extracomunitari, copia del titolo di soggiorno, in corso di validità, di tutti i componenti del nucleo familiare. In caso di rinnovo in corso allegare ricevuta.

F:\Servizi Sociali\Delibere e Determine\CONTEINTE\TRASPORTO AD PERSONAM MINORE DISABILE\2025 domande contributi trasporto sc. disab\modulocontributo.docx