

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO PER GLI ALUNNI CON DISABILITÀ
A.S. 2025/2026**

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

Al Comune di POSTA FIBRENO

Il/La sottoscritt__ (nome)_____ (cognome) _____

NATA/O a _____ (prov. _____) il _____

SESSO (M/F) ____ CF _____

RESIDENTE in via _____

nel Comune di _____ (prov. _____)

in qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale o di chi ne fa le veci di un/a alunno/a con disabilità **CHIEDE** l'assegnazione del contributo una tantum previsto per la/il propria/o figlia/o. A tal fine, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci o di uso e formazione di documenti falsi, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, **COMUNICA** i seguenti dati:

NOME e COGNOME dell'alunna/o _____

LUOGO di NASCITA dell'alunna/o _____

DATA di NASCITA dell'alunna/o ____/____/____ SESSO dell'alunna/o (M/F) _____

CF dell'alunna/o _____

RESIDENZA dell'alunna/o via _____

Comune _____ (Prov. _____)

DENOMINAZIONE e INDIRIZZO della SCUOLA FREQUENTATA dall'alunna/o

via _____ Comune _____ (Prov. _____)

CODICE IBAN su cui accreditare l'eventuale contributo concesso

Intestato a _____

Presso (indicare l'Istituto di credito) _____

Si impegna a ricevere tutte le comunicazioni al seguente indirizzo di posta elettronica:

_____ @ _____

e al seguente numero telefonico _____ **(campi obbligatori)**

Autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla vigente normativa (Regolamento UE n. D.lgs. 196/2003 e s.m.i.).

Data, _____ **Firma del richiedente** _____

Si allegano: 1) Documento di identità in corso di validità del genitore/tutore 2) Copia codice IBAN
3) Copia certificato che attesta la disabilità