

MODULO DI RICHIESTA
CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO
PER STUDENTI DISABILI FREQUENTANTI IL II CICLO
ANNO SCOLASTICO 2025/2026

AL COMUNE DI CAPRANICA
Settore II Affari Generali

Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale

NOME											COGNOME										
Luogo e data di nascita																					
CODICE FISCALE																					
CODICE IBAN																					

Residenza anagrafica

VIA/PIAZZA/N. CIVICO											TELEFONO											
COMUNE											PROVINCIA											
E-MAIL																						

PEC (eventuale)

Eventuale indirizzo PEC dove si dichiara di voler ricevere le comunicazioni																					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Generalità dello studente destinatario

NOME											COGNOME										
LUOGO DI NASCITA											DATA DI NASCITA										
CODICE FISCALE																					

Istituto scolastico frequentato

DENOMINAZIONE della scuola secondaria di 2° grado o dei percorsi triennali di IEFP																					
VIA/PIAZZA											NUMERO CIVICO										
COMUNE											PROVINCIA										
Classe frequentata nell'anno scolastico 2025/2026	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5																				
Numero complessivo Km percorsi giornalmente dall'alunno																					

Il contributo per i Km indicati nella pagina precedente (da intendersi come Km percorsi giornalmente tra andata e ritorno) viene richiesto (*barrare la casella che interessa*):

- ☐ In forma COMPLETA (andata e ritorno)
- ☐ In forma PARZIALE (*barrare la casella che interessa*)
 - ☐ Solo andata
 - ☐ Solo ritorno
- ☐ Solo in alcuni giorni (specificare quali)
- ☐ Solo in alcuni periodi dell'anno (specificare quali)

Il sottoscritto _____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, 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, sotto la propria responsabilità:

D I C H I A R A

- ☐ di essere cittadino/a italiano;
- ☐ di essere cittadino/a di un Paese dell'U.E. diverso dall'Italia;
- ☐ di essere cittadino/a di un paese non appartenente dall'U.E. con regolare permesso di soggiorno;
- ☐ di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione;

Il sottoscritto autorizza il Comune di Capranica al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Si allega:

- ✓ certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicitata la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/1992, in corso di validità);
- ✓ Documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e dello studente;
- ✓ Codice fiscale o tessera sanitaria del richiedente e dello studente;
- ✓ Fotocopia codice IBAN;
- ✓ Informativa privacy (Allegato C)

Data _____

Firma del richiedente

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l'art.4,comma 2 del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di controlli di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci

Il sottoscritto dichiara di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.

Data _____

Firma del richiedente
