ALL. B)

AL COMUNE DI GIULIANO DI ROMA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Borgo Vittorio Emanuele, 22

pec: protocollo@ pec.comune.giulianodiroma.fr.it

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA’ FREQUENTANTI LE SCUOLE DEL SECONDO CICLO A.S. 2025/2026**

Io sottoscritto nato a il

 , genitore dell’alunno

nato a

 il , residente a Giuliano di Roma in via

 ,

*per gli ultradiciottenni:*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a il

 , residente a Giuliano di Roma in via ,

CHIEDE

ai sensi dell’AVVISO “CONCESSIONE DI CONTRIBUTI PER SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ RESIDENTI NEL COMUNE DI GIULIANO DI ROMA E FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O I PERCORSI TRIENNALI DI IeFP- ANNO SCOLASTICO 2025/26”, pubblicato sul sito del Comune di Giuliano di Roma che dichiaro di aver letto e di accettarne integralmente le condizioni, la concessione del contributo economico forfettario di che trattasi ed a tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000,

⃝ CHE IL PROPRIO FIGLIO ⃝ CHE IL SOTTOSCRITTO sopra generalizzato è residente in Giuliano di Roma via frequenta la classe dell’Istituto

con sede in

in via ,

COMUNICA che il codice iban su cui effettuare eventuali accrediti è il seguente:

Recapiti per le comunicazioni

Via 03020 Giuliano di Roma

Tel Cell Mail

FIRMA

Si allega:

* certificazione della disabilità ai sensi Legge 104/92
* Diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente
* Fotocopia documento genitore richiedente