**MODULO DI RICHIESTA**

**CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO PER**

**STUDENTI DISABILI FREQUENTANTI LA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO**

**Anno Scolastico 2024/2025**

 **AL COMUNE DI MARCELLINA**

**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  |  |

**Generalità dello studente destinatario**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |
| LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione della scuola secondaria di II grado e/o percorsi triennali di IePF  |  |
| VIA/PIAZZA |  | NUMERO CIVICO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |
| Classe frequentata  A.S. 2024/2025 |  1  2  3  4  5 | **Codice scuola** |
| numero complessivo di 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:

* In forma **COMPLETA** (andata e ritorno)
* In forma **PARZIALE**
* Solo andata
* Solo ritorno
* Solo in alcuni giorni (specificare quali …......................................................................................)
* Solo in alcuni periodi dell'anno (specificare quali ….....................................................................)

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:

**DICHIARA**

* 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 Marcellina 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 disabilita e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicita la necessita di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità);
* Copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
* Certificazione ISEE in corso di validità.

 Data Firma del richiedente (\*\*)

(\*\*) da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del dipendente incaricato della ricezione o da inviare unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità.

Informazioni sul Dlgs n. 196/2003

Ai sensi dell’art.13 del Dlgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che il trattamento dei dati personali, forniti per accedere al beneficio in oggetto, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Letta l’informativa di cui sopra:

 □ nego il consenso □ do il consenso

al trattamento dei dati personali forniti ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 per le finalità indicate nell’informativa.

Data: Firma:

Indirizzo al quale inviare eventuali comunicazioni:

* Via/Piazza
* Comune

CAP