

RICHIESTA ASSEGNAZIONE "CONTRIBUTO TRASPORTO STUDENTI CON DISABILITA'" – ANNO 2024

Il sottoscritto _____

Cognome e nome

residente in _____

Indirizzo (Via e n° civico)

telefono _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____ Cittadino _____

esercente la potestà genitoriale sul minore di seguito generalizzato in qualità di:

☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario

CHIEDE

l'assegnazione del **contributo per trasporto studenti disabili** per l'anno 2024

a favore del minore _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

che frequenta la scuola _____ classe _____

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere cittadino _____ o altresì
extracomunitario _____ in possesso di regolare documento di soggiorno;

- di risiedere nel Comune di Santa Giuletta al momento della presentazione della domanda e nei mesi per cui si richiede il contributo

- di avere figli di età compresa tra 3 e 14 anni (fino la classe 3 della scuola secondaria di Primo grado);

- in possesso della certificazione di disabilità (verbale di accertamento dell'handicap ex L.104 in corso di validità)

- di avere il valore Isee minorenni del figlio/a inferiore ad € 40.000,00

- che il proprio figlio frequenta la scuola _____ classe _____

- Distante dall'abitazione:

- ☐ nel raggio di km. 5
- ☐ nel raggio di km. 5.01 ai km.10
- ☐ nel raggio oltre i Km. 10.1;

- che il nucleo familiare è composto da:

[illegible]

- di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte quanto previsto dal bando per l'erogazione dei contributi trasporto scolastico alunni disabili;

ALLEGA

- certificazione di disabilità (verbale di accertamento dell'handicap ex L.104 in corso di validità);
- dichiarazione ISEE
- copia del documento di identità del dichiarante
- copia del permesso di soggiorno (in caso di cittadino extracomunitario)
- autocertificazione della frequenza ad una scuola di grado sopracitato

Chiede che il pagamento delle somme relative al contributo "Trasporto disabili", sia effettuato nel modo seguente

☐ Accredito sul C.C. Bancario a me intestato e/o cointestato

CODICE IBAN

[illegible]

(N.B. COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE A PENA DI ESCLUSIONE)

Dichiara di comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro dieci giorni dell'avvenuto cambiamento.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che il Comune di Santa Giuletta ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998, Regolamento 679/2016/UE e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria.

I dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi del Comune di Santa Giuletta secondo le vigenti disposizioni in materia.

Il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio.

I dati saranno trattati esclusivamente da personale del Comune di Santa Gioletta con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti, ente gestore servizio o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla Legge o dai Regolamenti.

Dichiara di essere pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del D. Lgs 196/03 e del Reg. UE 2016/679 e delle autorizzazioni generali del Garante.

Luogo _____, data lì _____

Firma