

Allegato “A1”

Alla Signora SINDACA del Comune di

**San Cipriano Picentino**

# SCHEMA DI DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI STUDENTI CON DISABILITA’ FREQUENTANTI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°

**GRADO A.S.2024/2025.Delibera di G.M. 239 del 30 dicembre 2024**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/00**

Il/La sottoscritto/a in qualità di

### Genitore tutore

###  Legale di Comunità

* **famiglia affidataria**

dello/a studente/ssa *(Cognome Nome)*

richiede la concessione del contributo previsto dalla D.G.C. n. 239

del 30/12/2024 per:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Servizi di trasporto finalizzati al raggiungimento della sede scolastica degli alunni, e/o studen-te con disabilità ed effettuati autonomamente dalle famiglie. |
| **2** | Servizi di assistenza specialistica, anche attraverso mezzi di trasporto attrezzati con personale specializzato, con riferimento alle peculiari esigenze degli studenti con disabilità, ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992. |

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

**A - DATI CONOSCITIVI RELATIVI AL RICHIEDENTE E ALLO STUDENTE**

### 1)- GENERALITA’ E RESIDENZA ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE: (Genitore o altro)

*Cognome*

*Nome*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CODICE FISCALE****(dato obbligatorio)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *Luogo di nascita* | *Data di nascita* |

|  |  |
| --- | --- |
| ***RESIDENZA*** *(Via, Piazza. Frazione)* | *N. Civico* |
| *CAP* ***84099*** | *Comune di residenza* ***SAN CIPRIANO PICENTINO*** | *Provincia (****SA****)* |
| *Telefono abitazione* | *Cellulare* |

1. **- GENERALITA’ E RESIDENZA ANAGRAFICA DELL'Alunno o Studente:**

*Cognome*

*Nome*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CODICE FISCALE****(Dato obbligatorio)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *Luogo di nascita* | *Data di nascita* |

|  |  |
| --- | --- |
| ***RESIDENZA*** *(Via, Piazza. Frazione)* | *N. Civico* |
| *CAP* | *Comune di residenza*  | *Provincia* |
| ***CITTADINANZA*** *(indicare la nazione)* | *Sesso* |  | M |  F |

* + che lo studente si trova in situazione di disabilità certificato ai sensi della normativa vigente (specificare la tipologia).

fisica

psichica

sensoriale uditiva

sensoriale visiva

***SCUOLA/*ISTITUTO**  ***CLASSE \_\_\_\_S*ezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**B - SITUAZIONE ECONOMICA**

Il valore ISEE si intende calcolato con riferimento ai redditi dell’anno 2023 - Scadenza 31/12/2025.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***VALORE ISEE*** | ***DATA RILASCIO CERTIFICAZIONE ISEE*** |  |
| €.--------------------------------------------------------------- | ------------------------------------------------------------ |
|  |

## Allegare: - Valido documento di riconoscimento del dichiarante e dell'alunno;

## Certificazione medica dell'alunno in originale;

Valido IBAN bancario o postale - in alternativa carta PAY con IBAN. Copia dell'ISEE corrente (scadenza **31/12/2025**).

Il/La richiedente si impegna a comunicare al comune di San Cipriano Picentino ogni modifica dei dati sopra indicati, in quanto fondamentali per l'eventuale erogazione del contributo richiesto.

Il/La richiedente infine

### DICHIARA

* di non ricevere o non aver ricevuto nell’anno scolastico 2024/2025 altri analoghi benefici erogati da Amministrazioni pubbliche per le medesime finalità;
* di aver preso visione dei contenuti dell’Avviso emanato, ai sensi della DGC n. 203/2022, per la concessione dei contributi oggetto della presente domanda e dell’allegata Informativa relativa al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”);
* di essere a conoscenza che, nel caso di ammissione al beneficio, ai sensi dell’art. 4 comma 8 del D.Lgs. 109/98 e successive modificazioni, verranno eseguiti i controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.





*Firma del richiedente***)**



*Data*