



**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AL TRASPORTO SCOLASTICO
RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ CHE FREQUENTANO
ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO
ANNO SCOLASTICO 2019/20**

All'Ufficio di Piano Ambito C08

per il tramite del Servizio Sociale del Comune di _____

(Generalità del richiedente)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

In qualità di :

Studente Maggiorene;

Genitore dello/a Studente/ssa;

Tutore dello/a studente/ssa.

(Generalità dello studente da compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

CHIEDE

di usufruire, ai sensi della DGRC n. 423/2016, pubblicata sul BURC n. 52/2016, del servizio di trasporto scolastico per il tragitto casa/ scuola e viceversa, a favore degli studenti diversamente abili che frequentano gli Istituti Scolastici Superiori di secondo grado dell' Ambito C08.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, art. 46, 47, e 76, 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 dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) Che lo studente per il quale si chiede il servizio è Cognome _____ Nome _____ residente in _____ alla Via _____ e frequenterà per l'anno scolastico 2019/20 la classe _____ presso l' Istituto _____ via _____ Comune _____ dal lunedì al venerdì dal lunedì al sabato;
- b) Che la distanza dalla residenza all'Istituto scolastico è di Km _____;
- c) Che lo studente interessato al servizio si trova in una situazione di disabilità certificata dai competenti organi sanitari;
- d) Di non ricevere per l'anno scolastico 2019/20 contributi da altre Pubbliche Amministrazioni per le medesime finalità del servizio in esame;
- e) Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni;
- f) Di essere a conoscenza sulla base delle linee guida regionali, non possono essere diretti destinatari degli interventi gli studenti con disturbi specifici di apprendimento, per i quali si dovranno applicare le modalità di intervento previste dalla legge n. 170/2010 e gli studenti con bisogni educativi speciali che non presentano una certificazione di disabilità ai sensi della legge n. 104/92;
- g) Di essere a conoscenza che l'allegato verbale/ atto/ documento riferito alla certificazione medico sanitaria dello studente _____, prot. n. _____ del _____ è conforme all'originale e che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato
- h) Di aver preso visione e letto l'avviso pubblico e di accertarne integralmente il contenuto.

Data _____

Firma del richiedente

Si allega :

1. copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3, e diagnosi funzionale
2. copia certificato di iscrizione dell'istituto scolastico dell'Ambito C08 frequentato per l'anno scolastico 2019-20;
3. copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
4. copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).
5. ISEE in corso di validità.

La mancanza di uno o più dei suddetti documenti determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione dell'istanza.

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____ per proprio conto ovvero esercitando la potestà o la tutela del _____ nato a _____ il _____ autorizza, ai sensi della vigente normativa, in particolare del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., il Comune di _____, nonché il Comune di S. Maria Capua Vetere, Capofila dell'Ambito C08, e per esso l'Ufficio di Piano, alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali e/o del beneficiario _____, se diverso, nonché alla comunicazione a terzi dei medesimi dati nell'ambito della procedura di evidenza pubblica, cui si partecipa con la presentazione della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato al servizio sociale professionale

L'ASSISTENTE SOCIALE _____ del Comune di _____, letta l'istanza prot. n. _____ del _____, a seguito della relativa istruttoria

dichiara non ricevibile l'istanza per la seguente motivazione _____ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

valutata positivamente l'istanza prot. n. _____ del _____, attesta che il beneficiario Cognome _____ Nome _____ frequenta l'Istituto _____ via _____ Comune _____ e si trova in condizioni di poter usufruire del servizio .

A tal fine precisa che il beneficiario frequenterà nell'a.s. 2018-19 l'Istituto _____ con sede in _____ alla Via _____ secondo il seguente orario scolastico:

- Lunedì ore _____ ore _____
- Martedì ore _____ ore _____
- Mercoledì ore _____ ore _____
- Giovedì ore _____ ore _____
- Venerdì ore _____ ore _____
- Sabato ore _____ ore _____

Data

L' ASSISTENTE SOCIALE
