

AL COMUNE DI
SAN POLO DI PIAVE
Via Mura,1
31020 SAN POLO DI PIAVE
Email:protocollo@comune.sanpolodipiave.tv.it

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO DI STUDENTI CON DISABILITA'
RESIDENTI NEL COMUNE DI SAN POLO DI PIAVE
FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA O LA PRIMARIA O LA SECONDARIA DI 1°GRADO – ANNO 2024**

SCADENZA PRESENTAZIONE LUNEDI' 30 DICEMBRE 2024

Il, sottoscritto/a (cognome e nome)
nato/a il/...../..... a C.F.:
residente a in Via n.
cellulare.....; e-mail:

CHIEDE

L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI STUDENTI CON
DISABILITA' E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI
PRIMO GRADO – ANNO 2024,

per il/la figlio/a (cognome /nome)
nato/a il/...../..... a C.F.:
residente a SAN POLO DI PIAVE in n.

iscritto/a, nell'anno solare 2024, presso la/le seguente/i scuole (indicare più istituti nel caso lo studente
abbia cambiato sede durante l'anno):

1. scuola:

- dell'infanzia (materna) denominata
- primaria (elementare) denominata
- secondaria 1° grado (media) denominata

2. scuola (eventuale):

- dell'infanzia (materna) denominata
- primaria (elementare) denominata
- secondaria 1° grado (media) denominata

e, in relazione alla presente domanda,

DICHIARO ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000

A. che mio/a figlio/a succitato/a è in possesso di certificazione di alunno in situazione di handicap secondo:

- L.104/92 art. 3 comma 1;
 - art. 3 comma 3 in situazione di gravità;
- L. 295/90; Art. 20 L. 102/2009 - Invalidità civile con indennità di accompagnamento;
- L. 295/90; Art. 20 della L. 102/2009 - Invalidità civile con indennità di frequenza;

B. che mio/a figlio/a succitato/a, nell'anno solare 2024 ha frequentato dal 01/01/2024 sino ad oggi n° giorni di scuola, di cui (indicare più istituti nel caso lo studente abbia cambiato sede durante l'anno):

- n. giorni presso l'istituto

- n. giorni presso l'istituto

C. che nei suddetti giorni di frequenza:

ho provveduto/provederò autonomamente al trasporto dell'alunna/alunno;

mi sono rivolto/rivolgerò alla seguente associazione/ditta di trasporto disabili (se più di una, indicarle con il relativo periodo):

- dal al ;

- dal al ;

- dal al ;

D. che l'importo del contributo, riconosciutomi nei limiti delle risorse assegnate al Comune, verrà accreditato sul conto corrente (c/c) bancario (scrivere in stampatello chiaro il codice IBAN):

--

Banca.....

Nome cognome Intestatario del c/c

Codice Fiscale intestatario del c/c

E. di aver preso visione dell'Avviso Pubblico del Comune di San Polo di Piave approvato con Determinazione n. 362 del 28/11/2024 "AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER IL SCOLASTICO DI STUDENTI CON DISABILITA' E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO – ANNO 2024", e di accettare quanto in esso indicato;

F. di essere consapevole, ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite;

a tal fine ALLEGO:

copia di un mio documento di riconoscimento (fronte e retro) in corso di validità;

certificazione di disabilità di mio figlio/a (ex Legge n.104/1992) in corso di validità;

oppure

documentazione relativa all'esito della Commissione invalidi civili (L.295/90; Art. 20 L. 102/2009).

San Polo di Piave,

Il/la Dichiarante

.....