**Ufficio Servizi Sociali del Comune di Fasano**

[**comunefasano@pec.rupar.puglia.it**](mailto:comunefasano@pec.rupar.puglia.it)

**OGGETTO: DOMANDA DI CONTRIBUTO ECONOMICO A RIMBORSO DEL COSTO SOSTENUTO PER I SERVIZI DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA’ RESIDENTI NEL COMUNE DI FASANO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

In qualità di:

* genitore
* tutore

del minore studente:

cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell’art. 4 della L. 104/92 art. 3 (in corso di validità) frequenta:

1. la scuola dell’infanzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. la scuola primaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. la scuola secondaria di primo grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe:\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. la scuola secondaria di secondo grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe:\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di usufruire del contributo economico per il trasporto scolastico del proprio figlio disabile, con mezzo autonomo, per l’anno educativo 2025/2026, non potendo usufruire del servizio di trasporto connesso alla frequenza scolastica e messo a disposizione dall’Ente;

da rimborsare mediante:

* accredito in conto corrente bancario: denominazione istituto bancario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN:

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, che il minore disabile per cui si richiede il servizio:

* è residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* frequenta la classe \_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* è in possesso della certificazione di disabilità L. 104/92 ai sensi dell’art.3 in corso di validità;
* frequenta l’Istituto di Riabilitazione (denominazione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* si reca presso l’Istituto di Riabilitazione con mezzo autonomo;

**DICHIARA ALTRESI’**

* Di aver preso visione dell’avviso pubblico relativo **alla ”CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DI UTENTI DISABILI”;**
* Di non usufruire di ulteriori servizi/rimborsi per il servizio di trasporto scolastico;

**ALLEGA**

* Fotocopia del documento d’identità del richiedente, in corso di validità;
* Copia di certificazione L. 104/92, art. 3, in corso di validità;
* Copia Isee in corso validità
* Nel caso il richiedente sia tutore, allegare copia della sentenza di nomina;
* Attestazione di frequenza dell’Istituto di Riabilitazione

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - i dati personali forniti dai richiedenti raccolti presso l’del Comune di Fasano, per le finalità di gestione dell’istanza e saranno trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti connessi alla procedura. Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle amministrazioni pubbliche interessate alla verifica dei requisiti generali e speciali del partecipante. Ai sensi dell’art. 15 del citato regolamento l’interessato ha il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l’accesso ai dati personali e alle informazioni specificate nel comma 1 del medesimo articolo. Inoltre, l’interessato è titolare dei diritti di cui agli articoli 7, comma 3, 18, 20, 21 e 77 del succitato regolamento. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti del responsabile del I settore titolare dei Trattamenti di dati personali è il Sindaco del Comune di Fasano, con sede in Piazza Ciaia

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_