

***COMUNE DI VESTIGNE’ – CITTA’ METROPOLITANA DI TORINO – PIAZZA CADUTI, 2 – 10030 VESTIGNE’***

Al Comune di Vestignè

 Servizio Finanziario – Ufficio Servizi Scolastici

P.zza Caduti, 2

10030 VESTIGNE’ (TO)

e-mail:*info@comune.vestigne.to.it*

# OGGETTO: Richiesta di contributo economico per il trasporto scolastico di studenti con disabilità residenti a Vestignè ed iscritti presso la scuola dell’infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell’a.s. 2024/2025.

Il sottoscritto/a nato/a il / / nel Comune di , residente in via

 n. lett. int. CAP Comune di

 Cod. Fisc. Tel/Cell.

 e-mail ,

in qualità di:

* Genitore del minore sotto indicato:

*oppure*

* Rappresentante legale/tutore del minore sotto indicato:

Cognome e nome (del minore) nato/a il / / nel Comune di , residente in via

 n. lett. int. CAP Comune di Vestignè, Cod. Fisc ,

**CHIEDE**

l’erogazione del contributo per il trasporto di studenti con disabilità residenti a Vestignè ed iscritti presso la scuola dell’infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell’a.s. 2024/2025.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo e consapevole delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci, previste dallo stesso DPR 445/2000,

**DICHIARA**

1. **di aver preso visione delle condizioni del bando**, in particolare delle modalità di utilizzo del contributo, dei motivi di esclusione e dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR;
2. **che il/la proprio/a figlio/a minore**, come sopra generalizzato, **frequenta, nell’a.s. 2024/2025**:
	* SCUOLA MATERNA

Indicare scuola ed indirizzo:

* + SCUOLA PRIMARIA (ELEMENTARI)

Indicare scuola ed indirizzo:

* + SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (MEDIE)

Indicare scuola ed indirizzo:

1. che **la propria abitazione si trova a km dall’Istituto scolastico** frequentato dal minore;
2. che l’eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale – indicare l’**IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Si allegano:

* copia di un documento di identità del richiedente, in corso di validità;
* certificazione rilasciata dalla competente Commissione medica di accertamento della disabilità (L. 104/92 art.3, commi 1 e 3).

Luogo e data

IL RICHIEDENTE