# MODULO DI RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTI

**PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO**

**PER STUDENTI DISABILI FREQUENTANTI IL II CICLO**

**ANNO SCOLASTICO 2023-2024**

**AL COMUNE DI CARPINETO ROMANO**

**Generalità del genitore o della persona che esercita la responsabilità genitoriale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | | | | | | COGNOME | | | |  | | | | | | |
| Luogo e data di nascita | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

**Residenza anagrafica e contatti**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA/N. CIVICO |  | TELEFONO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |
| MAIL |  | TEL./CELL. |  |

**Generalità dello studente destinatario**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | | | | | COGNOME | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | | | | | | DATA DI NASCITA | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO O PERCORSI TRIENNALI DI IeFP** | | |  | | |
| VIA/PIAZZA |  | | | NUMERO CIVICO |  |
| COMUNE |  | | | PROVINCIA |  |
| Classe frequentata nell’A.S. 2023/2024 | |  1  2  3  4  5 | | | |
| NUMERO COMPLESSIVO DEI KM PERCORSI GIORNALMENTE DALL’ALUNNO | |  | | | |

Data Firma del richiedente

Si allega:

* Copia del documento di identità e codice fiscale del dichiarante;
* Copia Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicita la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex. L. 104 in corso di validità).

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l’art.4, comma 2 del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di controlli di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci

Il sottoscritto dichiara di **non avere** presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.

Data Firma del richiedente(\*\*)

(\*\*) da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del dipendente incaricato della ricezione o da inviare unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità.

Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi del “Regolamento europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati” (GDPR), si informa che il trattamento dei dati personali, forniti per accedere al beneficio, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Letta l’informativa di cui sopra:

□ nego il consenso □ do il consenso

al trattamento dei dati personali forniti ai sensi e per gli effetti del R.E. 2016/679, per le finalità indicate nell’informativa.

Data: Firma: