



COMUNE DI TRIBANO

35020-PROVINCIA DI PADOVA

P.zza M. Libertà, 6 – C.F.00683160287

Tel. 049/5342004-6 - fax. 9585160

Spett.le

Comune di Tribano

Piazza Martiri della Libertà, 6

35020 TRIBANO

OGGETTO: Modulo di domanda per la concessione di contributo economico per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la Scuola dell'Infanzia, la Scuola Primaria e Secondaria di primo grado. Anno 2024.

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ sesso _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente nel Comune di _____ (____)
indirizzo _____ n. _____
C.F. _____
cittadinanza _____ cell. _____
e-mail _____

CHIEDE

di usufruire del contributo economico per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno 2024

In qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale di minore presente nel proprio nucleo familiare anagrafico di cui sotto si riportano i dati anagrafici;

Oppure (barrare con "X" SOLO SE presente tale situazione)

In qualità di affidatario di minore presente nel proprio nucleo familiare anagrafico di cui sotto si riportano i dati anagrafici;

In qualità di tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere (allegare copia documento di identità e della relativa nomina)

DATI ANAGRAFICI STUDENTE

Cognome e Nome (studente) _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente nel Comune di _____ (____)
indirizzo _____ n. _____
C.F. _____

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (art. 46 “Dichiarazioni sostitutive di certificazioni”, art. 47 “Dichiarazione sostitutive dell’atto di notorietà”, art. 76 “Norme Penali”) consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo, che le false dichiarazioni sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, nonché del fatto che se qualora dai controlli (art. 71 D.P.R. 445/2000) emerga la non veridicità delle dichiarazioni, interverrà la decadenza dai benefici concessi (Art. 75 D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

1. di essere l’unico componente del proprio nucleo familiare a presentare la domanda di contributo;
2. di avere cittadinanza italiana o UE o, per i cittadini stranieri non UE, essere titolare di un permesso di soggiorno di durata almeno annuale o di una carta di soggiorno, in corso di validità e, se il suddetto documento è scaduto, essere in possesso di ricevuta della richiesta di validità;
3. che nel nucleo familiare è presente n. ___ studente disabile frequentante nell’anno solare 2024 la scuola dell’infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado specificatamente per l’anno scolastico 2023/2024 – 2024/2025 come riportato:

Nome Istituto _____ Classe _____
anno scolastico _____

indirizzo _____ n. _____ Comune _____

4. che l’alunno è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 art. 3 ove sia indicata la limitazione dell’autonomia (allegare copia certificato);
5. che la distanza chilometrica dalla propria abitazione all’istituto scolastico è di _____ KM;
6. di aver preso visione delle condizioni dell’avviso, in particolare dei motivi di esclusione e dell’informativa inerente al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 Reg. UE 2016/679;
7. che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso.

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che:

