

DOMANDA DI CONCESSIONE DI UN CONTRIBUTO STRAORDINARIO ALLE FAMIGLIE DI STUDENTI CON DISABILITA' PER LA GESTIONE DEL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI STUDENTICON DISABILITA'.

**BONUS TRASPORTO SCOLASTICO DI STUDENTI DISABILI 2024
SCUOLA INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

DA PRESENTARE ENTRO LE ORE 23:59 DEL 31.12.2024

(COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI ED IN MODO LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Residente a Castelvovati in Via _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Mail _____

sotto la mia personale responsabilità e consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28.12.2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle Amministrazioni competenti ed altresì consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000, n. 445,

CHIEDE

L'assegnazione di un **contributo di carattere straordinario ed erogato una tantum** a parziale ristoro degli oneri, anche di natura economica, relativi all'organizzazione ed alla gestione del **trasporto scolastico degli studenti con disabilità**, di età compresa tra i 3 ed i 14 anni, privi o con limitata autonomia, frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e/o la scuola secondaria di primo grado.

(N.B. Si precisa che in caso di studenti disabili frequentanti la scuola secondario di secondo grado non è possibile presentare la domanda per l'ottenimento del contributo.)

E DICHIARA

che il proprio nucleo familiare:

- È residente nel Comune di Castelvovati all'atto della presentazione della domanda ed è effettivamente presente sul territorio;
- È composto da n. _____ persone, come da stato di famiglia anagrafico:

N	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	PARENTELA	ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA
1			dichiarante	

2				
3				
4				
5				
6				

- che nel nucleo familiare sono presenti i seguenti n. _____ studenti con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, accertata ai fini dell'inclusione scolastica, privi o con limitata autonomia e stabilmente conviventi, iscritti a ed effettivamente frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola secondaria di primo grado, ubicate nel Comune di Castelvovati o anche al di fuori del territorio comunale:

❖ **Cognome e nome:** _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ C.F. _____

Denominazione e sede della scuola dell'infanzia, della scuola primaria o secondaria di primo grado:

❖ **Cognome e nome:** _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ C.F. _____

Denominazione e sede della scuola dell'infanzia, della scuola primaria o secondaria di primo grado:

❖ **Cognome e nome:** _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ C.F. _____

Denominazione e sede della scuola dell'infanzia, della scuola primaria o secondaria di primo grado:

DICHIARA

- che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità;
- di essere a conoscenza che il Comune di Castelvovati potrà effettuare idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non correttezza del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici concessi e il Comune provvederà al recupero dei benefici economici indebitamente ricevuti;
- di essere **l'intestatario o soggetto cointestatario del conto corrente** sul quale effettuare il bonifico avente le seguenti coordinate bancarie:

ISTITUTO DI CREDITO _____

FILIALE DI _____ (_____)

(IL TITOLARE/CONTITOLARE DEL CONTO CORRENTE INDICATO DOVRÀ TASSATIVAMENTE COINCIDERE CON IL SOGGETTO RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO)

IBAN _____

La richiesta, debitamente firmata, compilata e corredata della documentazione richiesta, pena l'esclusione, potrà essere inviata, preferibilmente in formato PDF, all'indirizzo:

protocollo@pec.comune.castelcovati.bs.it

Oppure consegnata a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Castelvovati, aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 12:00.

Non sono ammesse altre modalità di presentazione delle domande.

Alla presente allega:

- Attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- Solo in caso di frequenza in caso di frequenza di istituti di istruzione non statali**, una attestazione rilasciata dalla scuola frequentata dallo studente che riporti i seguenti dati:
 - a) *dati anagrafici del/i minore/i frequentanti la scuola;*
 - b) *data di inizio della frequenza ed attestazione di effettiva e regolare frequenza.*
- Copia di almeno una delle seguenti certificazioni rilasciata dagli Enti di competenza e in corso di validità: diagnosi funzionale/certificato medico diagnostico funzionale, verbale di accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica/collegio per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap, ovvero certificazione di disabilità ex L.104/1992
- il codice IBAN;
- copia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Castelvovati, (data) _____

IL DICHIARANTE

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR) Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di Castelvovati saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Castelvovati. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.comune.castelcovati.bs.it Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	Ghirardini Daniela