**Al Comune di Lunamatrona**

**Ufficio Servizio Sociale, Pubblica Istruzione**

**OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE ALLA MISURA**

**“TRASPORTO SCOLASTICO PER STUDENTI E ALUNNI DISABILI ANNO 2023”**

 (Di cui al Decreto del Ministro dell’Interno di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, il Ministro dell’Istruzione e del Merito, il Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione Territoriale, il Ministro per le Disabilità, il Ministro per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità con decreto del 17 maggio 2023)

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e nella consapevolezza delle sanzioni penali conseguenti a false dichiarazioni, di cui all’art.76 del citato DPR 445/2000)

IL SOTTOSCRITTO

NATO A IL

CODICE FISCALE

RESIDENTE A CAP

IN VIA/PIAZZA N° CIVICO

EMAIL di RIFERIMENTO \_ RECAPITO TELEFONICO

## IN QUALITA’ DI PADRE

LA SOTTOSCRITTA

NATA A IL

CODICE FISCALE

RESIDENTE A CAP

IN VIA/PIAZZA N° CIVICO

EMAIL di RIFERIMENTO \_ RECAPITO TELEFONICO

## IN QUALITA’ DI MADRE

DEL MINORE

NOME

COGNOME

CF DEL MINORE

NATO/A A IL

RESIDENTE A

IN VIA/PIAZZA CAP

Che HA FREQUENTATO O FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ INFANZIA

□ PRIMARIA

□ SECONDARIA DI PRIMO GRADO

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA FREQUENTATA:

CON SEDE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# A TAL FINE DICHIARA O DICHIARANO

* che il proprio nucleo familiare è composto da uno o più figli fiscalmente a carico disabilità riconosciute ai sensi della Legge 104/1992;
* che il/la minore è seguito/a dal centro/servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel quale si reca n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ volte a settimana/mese;
* che sono consapevoli della facoltà che l’Amministrazione ha di compiere verifiche, anche a campione sulla veridicità delle autocertificazioni presentate (art. 71, comma 1, DPR 445/2000);

🞎 Di aver preso visione dell’informativa, di accettare integralmente la stessa e di dare il proprio consenso sull’utilizzo dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 del GDPR 2016/679, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

 **Firma del Dichiarante**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

I sottoscritti o Il/la sottoscritto/a chiedono/chiede che **il PAGAMENTO della somma** eventualmente **spettante** sia effettuato tramite **ACCREDITO** in **conto corrente bancario/postale o carta ricaricabile con IBAN**, comunicato attraverso consegna della **copia fotostatica del Codice IBAN, di seguito indicato:**

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

Lunamatrona lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei richiedenti:

Allegati**:**

* 🞎fotocopia documento d’identità di entrambi i richiedenti;
* 🞎fotocopia ISEE in corso di validità;
* 🞎verbale riconoscimento della disabilità rilasciato dalla ASL;
* 🞎copia fotostatica del Codice IBAN del conto o carta prepagata dotata di IBAN prescelto per l’accredito della somma eventualmente spettante. **La fotocopia del Codice IBAN dovrà contenere anche i dati dell’intestatario, che dovrà coincidere con almeno un richiedente**.