# ALLEGATO A

# AL COMUNE DI FIAMIGNANO

# MODULO DI RICHIESTA

**CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO STUDENTI CON DISABILITA’ II CICLO. ANNO SCOLASTICO 2025/2026**

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

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

**Residenza anagrafica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Via/Piazza/N. Civico |  | Telefono |  |
| Comune |  | Provincia |  |

**Generalità dello studente destinatario**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO O CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ACCREDITATO. | |  | | |
| VIA/PIAZZA |  | | N. CIVICO |  |
| COMUNE |  | | PROVINCIA |  |
| CLASSE FREQUENTANTE NELL’A.S. 2025/2026 | | 1 2 3 4 5 | | |
| NUMERO COMPLESSIVO DEI KM PERCORSI GIORNALMENTE DALL’ALUNNO | |  | | |

Il contributo per i km indicati nella pagina precedente (da intendersi come km percorsi giornalmente tra andata e ritorno) viene chiesto:

* In forma **COMPLETA** (andata e ritorno)
* In forma **PARZIALE**
* Solo andata
* Solo ritorno
* Solo alcuni giorni (specificare quali… )
* Solo in alcuni periodi dell’anno (specificare quali )

Il sottoscritto , ai sensi degli art. 46 e 47 del

D.P.R. 28/12/2000 n. 45, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità:

# DICHIARA

* di essere cittadino/a italiano;
* di essere cittadino/a di un Paese dell’U.E. diverso dall’Italia;
* di essere cittadino/a di un paese non appartenente dall’U.E. con regolare permesso di soggiorno;
* di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.

Il sottoscritto autorizza il Comune di Fiamignano al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Si allega:

* Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale (verbale di accertamento dell’handicap ex L. 104/1992 in corso di validità);
* Copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Data

Firma del richiedente