



Comune di Adelfia



Comune di Capurso

Comune di Triggiano
Comune Capofila

Comune di Valenzano



Comune di Cellamare

- UFFICIO DI PIANO -
AMBITO TERRITORIALE N.5

ALL. A (utilizzare esclusivamente questo modulo)

**ALL'UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO
TERRITORIALE N. 5**

Istanza di partecipazione

OGGETTO: CONCESSIONE DI VOUCHER FINALIZZATI ALLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER MINORI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO ANNI SCOLASTICI 2024/2025 - 2025/2026

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....
residente a In Via.....n.....
Codice fiscaleTelefono:.....
E-mail:.....Documento di identità n.
rilasciato da in data.....

In qualità di genitore/tutore del minore :

Nome e Cognome.....
nato/a a.....il.....
residente a in Vian.....
Documento di identità n. rilasciato dail

RICHIEDE

l'erogazione del contributo destinato alle famiglie, finalizzato a sostenere l'onere economico sopportato dalle medesime per la gestione in via autonoma del trasporto scolastico (tragitto casa-scuola/scuola-casa) dell'alunno/a in condizione di disabilità, residente nei Comuni di Triggiano, Cellamare e Valenzano e frequentante la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado statale o paritaria avente sede anche fuori dal territorio comunale



Comune di Adelfia



Comune di Capurso

Comune di Triggiano
Comune Capofila

Comune di Valenzano



Comune di Cellamare

- UFFICIO DI PIANO -
AMBITO TERRITORIALE N.5

DICHIARA

consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

- A.** che il minore è riconosciuto, ai sensi della normativa vigente, in condizione di disabilità con:
- ☐ certificazione rilasciata dalla competente Commissione INPS ex art.3 L. 104/1992, commi 1 e 3;
 - ☐ verbale di accertamento medico-legale per l'individuazione della condizione di disabilità;
 - ☐ certificato diagnostico rilasciato dall'ASL di osservazione di una diagnosi di disabilità;

- B.** che il minore con disabilità sopraindicato ha frequentato la scuola:

(barrare il tipo di scuola, indicarne il nome per esteso ed il Comune in cui si trova)

- ☐ dell'infanzia, presso l'istituto.....con sede in.....
- ☐ primaria, presso l'istituto.....con sede in.....
- ☐ secondaria di I grado, presso l'istituto.....con sede in.....

Nel periodo relativo al:

(barrare una o più scelte)

- ☐ anno scolastico 2024/2025 (mesi gennaio-giugno 2025);
- ☐ anno scolastico 2025/2026 (mesi settembre-dicembre 2025);
- ☐ nei soli mesi di:dell'anno 2025;

- C.** di aver organizzato autonomamente il servizio di trasporto scolastico, per il minore con disabilità presso la scuola sopraindicata attraverso (indicare le modalità: es. mezzo proprio, fruizione del servizio di trasporto alunni normodotati ecc.)

- D.** di aver preso visione di tutte condizioni previste dall'avviso "CONCESSIONE DI VOUCHER FINALIZZATI ALLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER MINORI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO ANNI SCOLASTICI 2024/2025 - 2025/2026";

- E.** di trovarsi nelle condizioni soggettive ed oggettive indicate nella presente domanda, impegnandosi a produrre, a richiesta, ove necessario, l'idonea documentazione, qualora si tratti di documentazione non acquisibile da altre Pubbliche Amministrazioni;



Comune di Adelfia



Comune di Capurso

Comune di Triggiano
Comune Capofila

Comune di Valenzano



Comune di Cellamare

- UFFICIO DI PIANO -
AMBITO TERRITORIALE N.5

F. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga relativamente ai requisiti dichiarati nella presente domanda;

G. di aver ricevuto dall'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale n. 5 una specifica informativa sulla protezione dei dati conforme a quanto previsto dagli articoli 13 e 14 del Reg. UE 2016/679.

COMUNICA

I dati bancari per l'accredito del contributo:

-conto corrente intestato* a:

-codice IBAN

* il conto deve essere intestato o co-intestato al soggetto che sottoscrive la presente istanza

ALLEGA

Alla presente domanda:

1. copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il contributo;

2. copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;

3. copia di:

- ☐ certificazione rilasciata dalla competente Commissione INPS ex art.3 L. 104/1992, commi 1 e 3;

in alternativa

- ☐ verbale di accertamento medico-legale per l'individuazione della condizione di disabilità;

in alternativa

- ☐ certificato diagnostico rilasciato dall'ASL di osservazione di una diagnosi di disabilità in favore dell'alunno/a.

4. ALL. B - INFORMATIVA PRIVACY

5. ALL. C - DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL 2° GENITORE (compilato a cura del genitore diverso dal richiedente il contributo se in vita e con potestà genitoriale).

Data:

Firma per esteso e leggibile: