



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 fiscale Telefono:.....
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 DISABILITÀ 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 CONSENTO 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: