

	Amministrazione destinataria Comune di Palestrina  Ufficio destinatario Servizi Sociali	
---	---	--

## Rimborso spese per trasporto scolastico alunni con disabilità residenti nel Comune di Palestrina e frequentanti istituzioni scolastiche primarie e secondarie di I grado, anno 2024.

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

In qualità di genitore, o della persona che esercita la responsabilità genitoriale, dell'alunno:

Nome		Cognome		
Luogo e data di nascita				
Codice fiscale				
Denominazione dell'istituto scolastico				
Via/Piazza			N.	
Comune			Prov.	
Numero complessivo dei km percorsi giornalmente				

### CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per il trasporto scolastico per l'anno 2024 per l'alunno sopraindicato.

Avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, il/la sottoscritta/o \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che, oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela
		Professione	
Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela

		<b>Professione</b>	
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>
		<b>Professione</b>	
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>
		<b>Professione</b>	
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>
		<b>Professione</b>	

**II/ La sottoscritto/a dichiara inoltre:**

- di essere residente nel Comune di Palestrina;
- di essere cittadino italiano, ovvero comunitario, ovvero extracomunitario in possesso di carta di soggiorno in corso di validità;
- di essere in possesso del certificato di riconoscimento di grave handicap, ex art. 3, comma 3 della Legge 104/92 rilasciato dalla A.S.L. competente per territorio;
- di non avere spese insolite riferite ai servizi scolastici oggetto della presente richiesta, nel precedente triennio;
- di aver sostenuto per l'anno 2024 (**periodo gennaio-giugno e settembre-novembre**) la spesa di € ..... per il trasporto scolastico dell'alunno sopra indicato;
- che le giornate complessive di frequenza per l'anno 2024, e per il periodo sopra indicato, sono state n.....(cifre) .....(lettere);
- che le notizie fornite sono complete e veritiere e di impegnarsi a segnalare eventuali variazioni della situazione dichiarata entro trenta giorni dal loro verificarsi;
- di impegnarsi a presentare eventuale ed ulteriore documentazione giustificativa a richiesta dell'Amministrazione comunale.

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- copia del certificato di riconoscimento di grave handicap, ex art. 3, comma 3 legge 104/92

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

**Questa Amministrazione effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati di cui agli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, ai sensi dell'art. 71 del decreto medesimo.**

Luogo	Data	Il Dichiarante
Palestrina		