

**MODULO DI RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTI  
PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO STUDENTI DISABILI  
FREQUENTANTI IL II CICLO ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

**Il sottoscritto (generalità del genitore o della persona che esercita la responsabilità genitoriale)**

Nome		Cognome	
Luogo e data di nascita			
Codice fiscale			
IBAN			
Indirizzo			
e-mail/P.E.C.			

**In qualità di genitore o della persona che esercita la responsabilità genitoriale dell'alunno (generalità dello studente destinatario)**

NOME		COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO O PERCORSI TRIENNALI DI IEFP			
VIA/PIAZZA		N.	
COMUNE		PROV.	
CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2024/2025	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
NUMERO COMPLESSIVO DEI KM PERCORSI GIORNALMENTE DALL'ALUNNO			

**CHIEDE**

il contributo per il servizio trasporto scolastico studenti con disabilità anno scolastico 2024/2025, di cui alla determinazione della Regione Lazio n. G08695 del 01.07.2024

A tal fine il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, 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 Palestrina al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

#### Si allega:

- Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicita la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
- Copia attestazione I.S.E.E.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_