

Al Comune di Arre
Ufficio Servizi Sociali
Via Roma, 94
35020 Arre (PD)

OGGETTO: Modulo di domanda per la concessione di contributo voucher per il servizio di trasporto scolastico a favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno 2024. SCADENZA 22 NOVEMBRE 2024.

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ sesso _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente nel Comune di _____ (____)
indirizzo _____ n. _____ C.F. _____
cittadinanza _____ cell _____ e-mail _____

CHIEDE

di usufruire del contributo voucher per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno 2024.

☐ In qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale di minore presente nel proprio nucleo familiare anagrafico di cui sotto si riportano i dati anagrafici;

Oppure (barrare con "X" SOLO SE presente tale situazione)

☐ In qualità di tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere; (allegare copia documento di identità e della relativa nomina)

DATI ANAGRAFICI STUDENTE

Cognome e Nome (studente) _____
nato/a a _____ (____) il _____ residente
nel Comune di _____ (____)
indirizzo _____ n. _____
C.F. _____

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (art. 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni", art. 47 "Dichiarazione sostitutive dell'atto di notorietà", art. 76 "Norme Penali") consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo, che le false dichiarazioni sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, nonché del fatto che se qualora dai controlli (art. 71 D.P.R. 445/2000) emerga la non veridicità delle dichiarazioni, interverrà la decadenza dai benefici concessi (Art. 75 D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

1. di essere l'unico componente del proprio nucleo familiare a presentare la domanda di contributo;
2. di avere cittadinanza italiana o UE o, per i cittadini stranieri non UE, essere titolare di un permesso di soggiorno di durata almeno annuale o di una carta di soggiorno, in corso di validità e, se il suddetto documento è scaduto, essere in possesso di ricevuta della richiesta di validità;
3. che nel nucleo familiare è presente n. ____ studente disabile frequentante nell'anno solare 2024 la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado specificatamente per l'anno scolastico 2024/2025 come riportato:
Nome Istituto _____ Classe _____ anno scolastico _____
Indirizzo _____ n. _____ Comune _____

- ☐ Servizio privato a pagamento (allegare contratto e ricevute di pagamento)
- ☐ Organizzazione autonoma del trasporto

Di essere consapevole che:

- i contributi verranno erogati fino ad esaurimento dei fondi disponibili seguendo i criteri indicati nell'avviso ai fini della formazione di un elenco;

Che il pagamento del contributo, qualora concesso, venga reso disponibile: con accredito sul conto corrente del richiedente o dell'altro genitore

[illegible][illegible]

Data	Firma
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

- **Fotocopia carta d'identità del richiedente o titolo di soggiorno in corso di validità;**
- **Fotocopia carta d'identità dell'alunno con disabilità o titolo di soggiorno in corso di validità (o in assenza fotocopia della tessera sanitaria);**
- **Certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 (art. 3).**

I dati personali forniti nell'ambito della procedura sono utilizzati dal Comune di Arre che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati, trattati da persone autorizzate, non saranno comunicati ad altri soggetti né diffusi. Ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento. Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 – ROMA, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente. Il conferimento dei dati è necessario per il corretto svolgimento dell'istruttoria. L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali; il mancato conferimento non consentirà l'erogazione del contributo richiesto.

FIRMA