|  |  |
| --- | --- |
| ***Città Metropolitana di Torino***  **COMUNE DI STRAMBINO**  ***C.F. 84002930018 – P.IVA 02636840015*** | **SPAZIO RIVERSATO ALL’UFFICIO**  **N. identificativo domanda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Domanda 🞎 Ammissibile 🞎 Non Ammissibile**  **Importo Contributo spettante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Domanda di assegnazione di contributo per IL TRASPORTO SCOLASTICO DISABILI A.S. 2024/2025**

**SCADENZA: 01 dicembre 2024 ore 18.00**

***DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE***

Il/La sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | | | | | | | | NOME | | | |  | | | | | | | | | |
| LUOGO di NASCITA | | | | | | | DATA di NASCITA | | | | | | | | | | | | | | | |
| CITTADINANZA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| INDIRIZZO |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE |  | | | | | | | | CAP | |  | | | | | | PROV | |  | | | |
| TELEFONO | | | | | | | | | CELLULARE | | | | | | | | | | | | | |
| INDIRIZZO E MAIL |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |

In qualità di: *(barrare la casella di interesse)* 🞎 Genitore 🞎 Legale Rappresentante del seguente minore:

***DATI DEL MINORE (in caso di più figli va compilato un modulo per ognuno)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | |  | | | | | | NOME | | | | |  | | | | | | | | | | |
| LUOGO di NASCITA | | | | | | | | DATA di NASCITA | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| INDIRIZZO |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNE |  | | | | | | | | | CAP | |  | | | | | PROV | | |  | | | |
| CLASSE FREQUENTATA | | | | | | | | | | 1° 2° 3° 4° 5° | | | | | | | | | | | | | |
| GRADO (Infanzia/Primaria/Secondaria di I° grado) | | | | | | | | | | ISTITUTO | | | | | | | | | | | | | |

**CHIEDE**

che per l’anzidetto/a studente/essa sia concesso un contributo economico forfettario per il suo trasporto scolastico ai fini della frequenza delle attività scolastiche presso l’Istituto scolastico sopra citato.

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

**DICHIARA**

Che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

* risiede nel Comune di Strambino;
* è iscritto e frequenta la scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ubicata nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* è affetto da disabilità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certificata ex Legge n. 104/1992;
* è privo di autonomia;
* non è titolare di abbonamento annuale per la circolazione gratuita sugli autoservizi di TPL;
* è trasportato presso l’Istituzione scolastica con un mezzo privato del nucleo familiare con: (barrare la casella di interesse)
* tragitto A/R
* tragitto di sola andata o solo ritorno.

**DICHIARA**

* di aver preso visione integrale e di aver compreso l’Avviso Pubblico per la concessione di un Contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia;
* di provvedere alla gestione dei servizi privati di trasporto scolastico dello studente suddetto, con mezzi propri, in maniera autonoma;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune la mancata frequenza delle attività scolastiche da parte dello studente per un periodo di almeno trenta giorni consecutivi essendo consapevole di essere tenuto, in questa ipotesi, alla restituzione al Comune del contributo mensile percepito.

**ALLEGA**

* fotocopia del documento di identità del richiedente;
* copia leggibile della certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dall’ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
* eventuale copia della certificazione ISEE minorenni in corso di validità alla data di presentazione della domanda; (barrare la casella in caso di presentazione)
* fotocopia codice IBAN.

Data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Gentile Utente,

desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Strambino e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali. In qualsiasi momento potrà esercitare tutti i suoi diritti scrivendo al Titolare del trattamento dei dati (Comune di Strambino – Piazza Municipio, 1 – 10019 Strambino (TO) - pec: [comune.strambino@legalmail.it](mailto:comune.strambino@legalmail.it).

Responsabile della protezione dei dati DPO:

DE PRISCO VINCENZO - 3389141276 - DPO@INFOPEC.NET

L'interessato *(barrare la casella di interesse)*

* **esprime** consenso espresso
* **non esprime** consenso

per l'utilizzo dei dati dichiarati per finalità connesse e complementari rispetto alla richiesta formalizzata, con possibilità di comunicazione degli stessi a persone fisiche o giuridiche all'uopo incaricate.

Data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_