**SCADENZA: 31 dicembre 2023**

 ***Al Comune di Miagliano***

***p.za Martiri della Libertà 3***

***13816 – Miagliano (Bi)***

**MODELLO DI ISTANZA**

OGGETTO:*LEGGE 234/2021, ARTICOLO 1, COMMA 174 – TRASPORTO SCOLASTICO STUDENTI CON DISABILITÀ – ANNUALITA’ 2023*

*ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI, A TITOLO DI RIMBORSO FORFETTARIO UNA TANTUM, PER LE FAMIGLIE CHE ABBIANO GESTITO AUTONOMAMENTE CON MEZZO PROPRIO O SERVIZIO PRIVATO IL TRASPORTO SCOLASTICO DEL PROPRIO FIGLIO/FIGLIA CON DISABILITA’ PRESSO LA SEDE SCOLASTICA, SITUATA ANCHE AL DI FUORI DEL TERRITORIO COMUNALE*

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | NOME |  |
| LUOGO DI NASCITA |  | DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| INDIRIZZO N. CIVICO |  |
| COMUNE |  | CAP |  | PROV |  |
| TELEFONO |  | CELLULARE |  |
| EMAIL |  |

In qualità di esercente la resposabilità genitoriale sul minore

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | NOME |  |
| LUOGO DI NASCITA |  | DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| INDIRIZZO N. CIVICO |  |
| COMUNE |  | CAP |  | PROV |  |

**CHIEDE**

di poter beneficiare del contributo in oggetto e a tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000),

#### DICHIARA CHE IL MINORE È

* residente presso il Comune di Miagliano;
* disabile riconosciuto ai sensi dell’art. 3, comma 1 o comma 3 della Legge 104/92;
* privo di autonomia e che pertanto usufruisce del trasporto (auto o servizio privato) per raggiungere la sede scolastica, anche fuori dal territorio comunale;
* che **nell’anno 2023** il minore ha regolarmente frequentato/frequenta la seguente scuola:

**periodo gennaio/giugno 2023**:

* INFANZIA Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PRIMARIA Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SECONDARIA DI PRIMO GRADO Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**periodo settembre/dicembre 2023:**

* INFANZIA Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PRIMARIA Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SECONDARIA DI PRIMO GRADO Classe \_\_\_ Sezione \_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il richiedente dichiara inoltre:

* di aver preso visione delle disposizioni contenute nell’Avviso Pubblico e di accettarle integralmente;
* di essere consapevole che il Comune di Miagliano, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti in materia, potrà provvedere ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
* di autorizzare l’Ente all’invio delle comunicazioni presso i recapiti dichiarati nella presente istanza (ivi incluso eventuale invio di sms o mail);

**CHIEDE**

che il pagamento del contributo eventualmente spettante sia effettuato mediante una delle seguenti modalità:

* accredito sul conto corrente a me intestato con il seguente codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(scrivere in stampatello ed in modo leggibile - preferibilmente allegare copia dell’IBAN)

**Allega obbligatoriamente alla presente istanza**:

* copia del documento di identità del dichiarante e del minore;
* copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 1 o 3.

Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

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

**CONSENSO TRATTAMENTO DATI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara di avere ricevuto, letto ed approvato l’informativa in materia di trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell’ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all’informativa sopra citata.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

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