

SCADENZA: 23/08/2024

*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 – ANNUALITÀ 2024*

ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI, A TITOLO DI RIMBORSO FORFETTARIO UNA TANTUM, PER LE FAMIGLIE CHE ABBIANO GESTITO O GESTISCANO AUTONOMAMENTE CON MEZZO PROPRIO O SERVIZIO PRIVATO IL TRASPORTO SCOLASTICO DEL PROPRIO FIGLIO/FIGLIA CON DISABILITÀ 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 responsabilità 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 del 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 2024** il minore ha regolarmente frequentato/frequenta la seguente scuola:

periodo gennaio/dicembre 2024:

☐ 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:

[illegible]

(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