

ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER TRASPORTO finalizzato alla frequenza scolastica di studenti disabili presso Istituti secondari di secondo grado o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione - A.S. 2017/2018

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il ___/___/_____ residente in

_____ Via/Piazza _____ n° _____

Tel. _____ E-mail: _____,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità dell'Avviso pubblico "DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE CAMPANIA N. 102 DEL 9 AGOSTO 2017 - CONCESSIONE CONTRIBUTI AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE CHE FREQUENTANO ENTI DI FORMAZIONE O ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO - A.S. 2017/2018 ubicati nel territorio dell'Ambito Territoriale C06(Casaluce capofila, Aversa, Carinaro, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola) e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

CHIEDE

per se stesso;

nella qualità di tutore (specificare: _____)

di _____ C.F. _____

nato/a a _____ il ___/___/_____ residente in

_____ Via/Piazza _____ n° _____

nella qualità di referente familiare (specificare: _____) di

_____ C.F. _____

nato/aa _____ il ___/___/_____ residente in

_____ Via/Piazza _____ n° _____

l'accesso per l'a.s. 2017/2018 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:

dell'istituto scolastico secondario di secondo grado " _____ "

sede plesso scolastico di frequenza: Via/Piazza _____ n° _____

Comune di _____ Classe _____ Sezione _____ nei seguenti giorni e orari:

Giorno	Si/No
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	

del corso di formazione professionale “ _____ ” presso l'ente

“ _____ ” sede di frequenza: _____

Via/Piazza _____ n° ____ Comune di _____ nei seguenti giorni e orari:

Giorno	Si/No
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	

DICHIARA

- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio di trasporto;
- che la persona con disabilità interessata al servizio è impossibilitata all'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
- che il numero di chilometri percorsi giornalmente per raggiungere l'Istituto Scolastico/Ente di formazione è ____ km all'andata e ____ km al ritorno;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito Territoriale C06 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere ai fini della concessione del beneficio economico;
- di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda C della S.Va.M.Di. evidenzia un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
- di essere a conoscenza che in ogni caso si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1;
- di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato al termine dell'anno scolastico 2017/2018 solo dopo presentazione di certificato di frequenza dettagliato per l'anno scolastico 2017/2018 rilasciato dall'Istituto/Ente di formazione a cui lo studente è iscritto da integrare al presente modulo;

Si allega (*barrare con una X la casella relativa alla documentazione che si allega*):

- (*obbligatoria*) copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
- (*obbligatoria*) copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2017/2018 a un istituto scolastico secondario di secondo grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;
- (*obbligatoria*) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- (*obbligatoria*) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 47. D.P.R. 28 dicembre 2000 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____ n° _____
(luogo) (prov.)

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e dall'art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, **sotto la propria responsabilità***

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

- dell'atto/documento/verbale riferito alla certificazione medico-sanitaria dello studente _____, prot n° _____ del _____, trasmesso in uno alla domanda di ammissione al contributo per l'anno scolastico 2017/2018, **è conforme all'originale;**

- che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

[luogo] [data]

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Comunicazione coordinate bancarie/postali

(Tale modello deve essere sottoscritto dal firmatario dell'istanza di ammissione al contributo)

Il/La Sottoscritto/a													
Richiedente il contributo per trasporto scolastico										Per l'anno scolastico 2017-2018			
Codice Fiscale													

CHIEDE

che, in caso di concessione del contributo richiesto, la relativa somma determinata sia accreditata sulle seguenti coordinate bancarie/postali *(si rammenta che il conto corrente su cui si dispone l'accredito deve essere intestato allo stesso soggetto firmatario dell'istanza e che non deve trattarsi di un libretto postale)*.

Coordinate Bancarie / Postali IBAN																											

Presso la banca /ufficio postale _____

Agenzia _____

Situata a _____ Prov _____

Via _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione dichiarata.

Data _____

FIRMA
