

ALLEGATO A

**Al Comune di Aprilia
III Settore: Servizi Sociali**

**Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2019/2020.
Richiesta rimborso abbonamenti.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____
telefono: _____ cellulare: _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'istituto scolastico superiore _____
_____ sito in via _____ n. _____
Comune: _____

possa usufruire del contributo economico per il rimborso dell'abbonamento per il trasporto scolastico degli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici superiori. A tal fine dichiara che la spesa mensile del viaggio ammonta ad € _____.

Comunica, altresì, che le coordinate per l'accredito del contributo sono le seguenti:

Banca _____ Agenzia di _____
c/c _____ ABI _____ CAB _____
IBAN _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al III Settore: Servizi Sociali una certificazione rilasciata dall'Istituto di riferimento attestante i giorni di effettiva frequenza scolastica e le copie degli abbonamenti acquistati per l'anno scolastico 2019/2020 per l'utilizzo di mezzi pubblici per il trasporto scolastico del/la proprio/a figlio/a disabile.

Si allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992, n. 104) del/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____

Firma _____

Si allega dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 redatta sulla base del modello pubblicato dal Comune di Aprilia.

ALLEGATO B

**Al Comune di Aprilia
III Settore: Servizi Sociali**

**Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2019/2020.
Richiesta rimborso.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____
telefono: _____ cellulare: _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'istituto scolastico superiore _____
_____ sito in via _____ n. _____
Comune: _____

possa usufruire del contributo economico per il trasporto scolastico degli studenti con
disabilità che frequentano istituti scolastici superiori

e, a tal fine, **DICHIARA di accompagnare personalmente il/la proprio/a figlio/a** che frequenta la
scuola secondaria di II grado _____
sita a _____ in via/piazza _____ n. _____
e di percorrere quotidianamente complessivi km _____ (andata e ritorno).

Comunica, altresì, che le coordinate per l'accredito del contributo sono le seguenti:

Banca _____ Agenzia di _____
c/c _____ ABI _____ CAB _____
IBAN _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al III Settore: Servizi Sociali una certificazione rilasciata
dall'Istituto di riferimento attestante i giorni di effettiva frequenza scolastica del/la proprio/a figlio/a
disabile.

Allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992,
n. 104) del/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____

Firma _____

ALLEGATO C

**Al Comune di Aprilia
III Settore: Servizi Sociali**

Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2019/2020.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____
telefono: _____ cellulare: _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto scolastico superiore _____
_____ n. _____
sito in via _____
Comune: **APRILIA**

possa essere accompagnato e ripreso da scuola dal Comune di Aprilia - Settore V:
Lavori pubblici e manutenzioni – Ufficio Trasporti.

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al III Settore: Servizi Sociali una certificazione rilasciata dall'Istituto di riferimento attestante i giorni di effettiva frequenza scolastica del/la proprio/a figlio/a disabile.

Allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992, n. 104) del/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____

Firma _____

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

al fine di poter usufruire del servizio di trasporto scolastico per l'anno scolastico **2018 – 2019**, a conoscenza di quanto descritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di accompagnare personalmente lo studente;
- che lo studente frequenta la scuola secondaria di II grado _____ sita a _____ in via/piazza _____ n. _____ e di percorrere quotidianamente complessivi km _____ (andata e ritorno).

OPPURE

- di sostenere le spese di abbonamento pari ad € _____ mensili.
- di essere in possesso dei seguenti documenti:
 - permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno dello studente (in caso di persone straniere non appartenenti all'Unione Europea).

Dichiara inoltre di essere informato che:

- il Comune di Aprilia ha facoltà di richiedere agli uffici preposti la produzione delle certificazioni necessarie ad attestare la veridicità delle dichiarazioni sovraesposte;
- potranno saranno eseguiti controlli per accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Data _____

Firma leggibile del richiedente

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.