

ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER TRASPORTO
finalizzato alla frequenza scolastica di studenti disabili presso Istituti secondari di II grado
o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione
anno scolastico 2019- 2020

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____, nato/a a _____

il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ E-mail: _____

_____ - Tel. _____

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 "CONCESSIONE CONTRIBUTI AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE FREQUENTANTI ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO - A.S. 2019/2020 ubicati nel territorio dell'Ambito Territoriale B3 e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

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/a a _____ il _____

residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

l'accesso per l'a.s. 2019 -2020 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:

dell'istituto scolastico secondario di secondo grado denominato

“ _____ ”

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 denominato _____

sede di frequenza:

Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____

Classe _____, sezione _____ 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 B3 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 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 o comma 2;
- di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato al termine dell'anno scolastico 2019-2020 solo dopo acquisizione da parte dell'Ufficio di Piano di certificato di frequenza dettagliato per l'anno scolastico 2019-2020 rilasciato dall'Istituto/Ente di formazione a cui lo studente è iscritto da integrare al presente modulo;

Si allegano:

- copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
- copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2019-2020 a un Istituto scolastico secondario di II grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;
- copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- 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 _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

*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 2019/2019, **è conforme all'originale;**

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

Luogo e data

IL DICHIARANTE
