

Al Comune di Sovere
Via Marconi,6
24060 Sovere

OGGETTO: richiesta per la concessione di contributi economici per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno scolastico 2025-2026.

Il/La sottoscritto _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____
residente a Sovere in Via _____ n. _____
telefono n. _____
indirizzo di posta elettronica _____

In qualità di _____
dell'alunno:

Nome e Cognome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____

residente a Sovere in Via _____ n _____

CHIEDE

di usufruire del contributo economico per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno scolastico 2025- 2026.

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o di formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, richiama gli articoli 75 e 76 del Decreto del Presidente del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA

- ☐ l'alunno per cui viene richiesto il contributo è residente nel Comune di Sovere;
- ☐ l'alunno risulta regolarmente iscritto e frequentante, nell'anno scolastico 2025/26, presso l'Istituto:

- ☐ l'alunno è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 **art. 3 comma 1** (allegare copia certificato);
- ☐ l'alunno è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 **art. 3 comma 3 (connotazione di gravità** - allegare copia certificato);
- ☐ l'alunno non fruisce del servizio trasporto scolastico attivato dal Comune di Sovere;

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di frequentare un istituto scolastico sito presso il Comune di Sovere;
- ☐ di frequentare un istituto scolastico sito presso il Comune di _____
- ☐ di essere consapevole che:
- potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite, anche tramite la Guardia di Finanza e altri enti pubblici;
 - ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, vi è la decadenza dai benefici conseguenti a provvedimenti emanati sulla base di una dichiarazione non veritiera;
 - i contributi verranno erogati seguendo i criteri indicati nel bando ai fini della formazione di una graduatoria e che **quindi la presentazione della domanda non comporta l'erogazione automatica del contributo**

CHIEDE

che il pagamento del contributo, qualora concesso, venga reso disponibile:

con accredito sul conto corrente intestato a

Coordinate Bancarie Internazionali IBAN (compilare le caselle vuote)

[illegible]

BANCOPOSTA: Coordinate IBAN (compilare le caselle vuote)

[illegible]

Per quanto non espressamente indicato nella domanda, si fa riferimento ai contenuti dell'avviso, che si dichiara di conoscere e di accettare.

Data

Firma

Allega la seguente documentazione necessaria all'analisi della domanda:

- fotocopia carta d'identità del richiedente o titolo di soggiorno in corso di validità;
- fotocopia carta d'identità dell'alunno con disabilità o titolo di soggiorno in corso di validità (o in assenza fotocopia della tessera sanitaria);
- certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 (art.3 comma 1) e dell'eventuale gravità, se riconosciuta (art. 3 comma 3);

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

L'informativa completa è reperibile sul sito istituzionale all'indirizzo: <https://www.comune.overe.bg.it/privacy>

Il/la sottoscritto/a _____

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui sopra.

Sovere, _____

FIRMA
