COMUNE DI TORTOLÌ

Provincia dell'Ogliastra

AREA SOCIALE E SCOLASTICA

Al Servizio Sociale
Del Comune di Tortolì

OGGETTO: Interventi per il riconoscimento di un contributo alle famiglie a copertura delle spese sostenute per il trasporto disabili frequentanti la scuola infanzia, primaria e secondaria di i grado per l'anno 2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____ in Via _____telefono _____MAIL_____

In qualità di:
□ GENITORE
□ SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Dell'alunno/a:
Cognome _____Nome_____ nato a_____
il_____ e residente a _____in Via/Piazza_____ CF_____

CHIEDE

Di essere ammesso alla seguente misura :

☐ **A :** per il riconoscimento dei contributi in favore delle famiglie degli alunni disabili per il rimborso delle spese sostenute per il viaggio per raggiungere la scuola frequentata nell'anno 2026;

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atti falsi.

1. che il proprio/a figlio/a era iscritto e ha frequentato regolarmente da gennaio a giugno 2026 la seguente classe _____dell'Istituto Scolastico_____ sito a _____ in Via/Piazza_____

2. che il proprio/a figlio/a è iscritto e frequenta regolarmente da nell'a.s. 2026/2027 la seguente classe _____dell'Istituto Scolastico _____ sito a _____ in Via/Piazza_____

3. che il proprio figlio/a è in possesso di certificazione di cui alla L. 104/92;

DICHIARA INOLTRE

Di non aver ricevuto altri contributi pubblici per la copertura delle spese sostenute

CHIEDE:

che il versamento delle somme concesse sia effettuato tramite accredito:
C.C. Bancario/Postale

□ a me intestato e/o cointestato

Codice IBAN _____

carta prepagata

□ a me intestata e/o cointestato

Codice IBAN _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa privacy indicata nell'Avviso Pubblico;

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

□ Copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente in corso di validità;
□ Copia certificazione di invalidità ai sensi della L. 104/92 (copia con omissis)

Luogo e data_____ Firma_____

AUTORIZZO

Il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati n. 679/2016.

Luogo e data_____ Firma _____