

Al Comune di _____

SEDE

OGGETTO: D.G.R.C. n. 423/2016. Richiesta di accesso al servizio di trasporto scolastico A.S. 2017/2018 - Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 445/00

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____ in via
_____ n. _____ Tel. /
Cell. _____ e-mail/pec _____

In qualità di dei genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno

Cognome _____ Nome _____ nato/a a
_____ il _____ residente in _____ in via
_____ n. _____

frequentante l'Istituto _____ classe
_____ con sede nel Comune di _____

chiede,

- per il proprio figlio
- per se stesso, se maggiorenne

l'accesso al **Servizio di trasporto scolastico** per l' **A.S.** _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

DICHIARA

Che lo studente:

si trova in situazione di disabilità certificata ai sensi della normativa vigente (specificare la tipologia) _____

- fisica

- psichica
- sensoriale uditiva
- sensoriale visiva

è in possesso della documentazione sanitaria rilasciata **da una struttura sanitaria pubblica attestante che gli interessati non sono in grado di servirsi dei mezzi pubblici per raggiungere le strutture scolastiche/formative in diritto dovere di istruzione e formazione e che presentano una significativa compromissione;**

che la distanza chilometrica andata e ritorno casa/scuola è pari a _____ km;

Che Il valore ISEE relativo al proprio nucleo familiare è pari ad € _____;

Altro di rilevante da segnalare

Lo/la stesso/a dichiara, altresì,

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

di aver preso visione del regolamento allegato al presente modello, indicante i requisiti di accesso e le modalità di erogazione del servizio così come indicato nella D.G.R.C. n. 423/2016 (allegato A) ;

di non ricevere o non aver ricevuto per l'anno scolastico di cui alla presente domanda altri analoghi benefici erogati da Amministrazioni pubbliche per le medesime finalità;

di essere informato che il contributo verrà erogato a seguito di verifica dell'ammissibilità della domanda e della documentazione acquisita da parte del servizio sociale professionale del proprio comune di residenza e sulla base delle risorse economiche assegnate all'AT C9 da parte della Regione Campania;

Di essere informato che in caso di risorse insufficienti, verrà data priorità agli utenti la cui valutazione sociale, in base al punteggio rilevato dalla scheda S.Va.M.Di, evidenzia un maggiore livello di bisogno socio-assistenziale;

- A parità di punteggio verrà data priorità alle condizioni economiche del nucleo familiare, accertate sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).
- A parità di condizioni economiche, in base alla maggiore distanza chilometrica dell'abitazione degli studenti dalla sede scolastica.

il genitore/referente da contattare in caso di bisogno è : _____

tel _____ cell _____

che, in caso di accoglimento dell'istanza, per l'emissione del pagamento del contributo sopra specificato viene indicata la seguente modalità:

