

**All'Ambito Territoriale N22
Comune di Somma Vesuviana**

**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 2024/2025**

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 D.P.R. 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. 2024/2025"*** ubicati nel territorio dell'Ambito Territoriale N22 – Comune di Somma Vesuviana e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

CHIEDE

(barrare solo le voci interessate)

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 _____

C_B227 - C_B227 - 1 - 2024-10-01 - 0022086

residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

l'accesso per l'a.s. 2024-2025 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 _____

del corso di formazione professionale _____

presso _____ l'Ente _____ denominato _____

sede di frequenza:

Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____ (_____)

Classe _____ Sezione _____

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 presumibilmente di _____ km all'andata e di _____ km al ritorno;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito Territoriale N22 ai sensi dell'Avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla 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. evidenzi 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, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, 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 2024/2025 solo dopo acquisizione da parte dell'Ufficio di Piano di certificato di frequenza dettagliato per l'anno scolastico 2024/2025 rilasciato dall'Istituto/Ente di formazione a cui lo studente è iscritto da integrare al presente modulo;
- di accettare integralmente quanto disposto nell'Avviso Pubblico per la concessione dei contributi economici di che trattasi.

Si allegano:

- copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3, comma 1 a 3;
- copia del certificato di iscrizione per l'a.s. 2024/2025 a un Istituto scolastico secondario di II grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione, ubicati nel territorio dell'Ambito Territoriale N22 – Comune di Somma Vesuviana (NA);
- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- copia del 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 2024/2025, è **conforme all'originale**;

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

Luogo e data

IL DICHIARANTE

Comunicazione coordinate bancarie/postali

(Tale modello deve essere sottoscritto dal firmatario dell'istanza di ammissione al contributo)

Il/La sottoscritto/a _____	
Richiedente il contributo per trasporto scolastico	per l'anno scolastico 2024/2025
Codice Fiscale	_____

CHIEDE

che, in caso di concessione del contributo richiesto, la relativa somma determinata sia accreditata sulle seguenti coordinate bancarie/postali *(si rammenta che il conto corrente su cui si dispone l'accredito deve essere intestato allo stesso soggetto firmatario dell'istanza e che non deve trattarsi di un libretto postale).*

Coordinate Bancarie / Postali IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

presso la banca /ufficio postale _____

Agenzia _____

situata a _____ Prov. _____

Via _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione dichiarata.

Data _____

FIRMA

**si chiede di allegare alla presente copia estratto bancario o postale da cui si evince l'intestatario del conto.*

C_B227 - C_B227 - 1 - 2024-10-01 - 0022086