

Residenza anagrafica del nucleo familiare

Via/Piazza		n. civico	
Comune		provincia	
Numero di telefono			
Numero componenti nucleo familiare anagrafico			

CHIEDE

che per l'anzidetto/a studente/essa sia concesso un contributo economico per il suo trasporto scolastico ai fini della frequenza delle attività scolastiche presso l'Istituto scolastico sopra citato.

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

- **risiede nel Comune di Castel Campagnano;**
- è stato iscritto e frequentava la scuola _____ grado _____ classe _____ ubicata nel comune di _____ da Gennaio a Dicembre;
- è affetto da disabilità _____, certificata ex Legge n. 104/1992;

DICHIARA

- di aver preso visione integrale e di aver compreso l'Avviso Pubblico per la concessione di un Contributo economico per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia;
- di provvedere alla gestione dei servizi privati di trasporto scolastico dello studente suddetto, con mezzi propri, in maniera autonoma;

ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente;
- copia leggibile della certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
- fotocopia codice IBAN.
- Attestazione di frequenza, rilasciato dall'Istituto Scolastico, con riferimento ai mesi da Gennaio/Dicembre 2024.

Data

Firma leggibile
