

AL COMUNE DI FIANO ROMANO

Ufficio Scuola

PEC: protocollo@pec.comune.fianoromano.rm.it

Oggetto: TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO.

Anno scolastico 2023/2024. Richiesta di accesso al contributo.

DATI RICHIEDENTE: genitore tutore legale

Il sottoscritto/a _____ nato/ a _____ il
_____ residente a _____ in via/piazza
_____ n. _____

C.F.

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

Indirizzo mail (obbligatorio) _____ tel. _____

IBAN:

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

CHIEDE PER LO STUDENTE:

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il _____ residente a _____ in
via/piazza _____ n. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
iscritto nell'anno scolastico 2023/24 alla classe _____ dell'Istituto di Istruzione secondaria
di II grado _____ sito in
_____ Provincia _____ Indirizzo _____

il contributo relativo alle spese sostenute per il trasporto verso l'Istituto Scolastico sopra indicato.

A tal fine il sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- che la distanza casa-scuola (calcolare i km percorsi in un giorno per l'andata casa-scuola e il ritorno scuola-casa) è la seguente:

Distanza percorsa in Km: Andata Km _____ Ritorno Km _____

- che l'intervento di trasporto dello studente sopraindicato è estremamente complesso ed oneroso per i seguenti motivi:

- disabilità grave art. 3 comma 3 L. 104/92
- condizione di particolare isolamento territoriale o complessità del trasporto

Specificare le motivazioni:

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che riguardano la situazione personale o familiare del beneficiario (ad es. cambio di residenza, di scuola, ricoveri con conseguente sospensione della frequenza scolastica etc....) al fine di una gestione efficace del procedimento.

Data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

I dati contenuti nella richiesta ed utilizzati per la presente procedura amministrativa saranno trattati nel rispetto della vigente normativa sulla privacy prevista dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D. Lgs n. 196/2003.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presta il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate in domanda

Si No

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Si allegano:

- **Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale accertamento ex L. 104 in corso di validità)**
- **Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente**
- **Copia del documento d'identità in corso di validità dello studente**