



AII. A _MODULO DI DOMANDA

Da compilare da parte dell'alunno o della famiglia o del tutore dello studente disabile e presentare entro **il 06 settembre 2025**

Al Comune di San Lorenzo Nuovo
P.zza Europa, 31
01020 San Lorenzo Nuovo – Vt
PEC comunesanlorenzonuovo@pec.it

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O I PERCORSI TRIENNALI DI IEFP -ANNO SCOLASTICO 2025/2026

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48)

Il/la sottoscritto _____ nato/a a _____
il ____/____/____ codice fiscale _____
residente a _____ - in via/piazza _____ n. _____
CAP _____ - tel. _____ e-mail _____ @ _____
in qualità di _____ dello studente/ssa _____
nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____
residente a SAN LORENZO NUOVO (VT) in via _____ n. _____
CAP 01020 - iscritto/a al ____ anno, Sezione _____ dell'Istituto _____
indirizzo di studio _____ sede via _____

CHIEDE:

per lo/la studente/ssa sopra indicato la concessione di un contributo per il trasporto scolastico:

- ☐ in forma completa (*andata e ritorno*)
- ☐ parziale (*solo andata o solo ritorno, solo in alcuni periodi dell'anno scolastico*)

DICHIARA

- ☐ che il percorso da casa a scuola -andata e ritorno - è quantificabile in Km _____;
- ☐ che il trasporto scolastico sarà necessario anche per raggiungere la sede di svolgimento dell'attività di alternanza scuola-lavoro.

DICHIARA INOLTRE

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 di seguito indicata:

ALLEGA:

1. Certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (*verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità*);
2. Fotocopia leggibile della certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3, attestante la minorazione singola o plurima che ha ridotto gravemente l'autonomia personale, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativa e globale nella sfera individuale in quella relazionale.
3. Fotocopia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne.

Data

Firma leggibile

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del nuovo regolamento (UE), 2016/679 sulla privacy.

Data

Firma leggibile

Per informazioni: Uff. servizi sociali

Resp.le Dott. Aldo STRAPPAFELCI
Antonella FABI

Tel. 0763 7268216
Tel. 0763 7268211

anagrafe@comunesanlorenzonuovo.it
servsociali@comunesanlorenzonuovo.it