MODULO DI DOMANDA - ALLEGATO B

Alla cortese attenzione del Comune di

CASORATE PRIMO

Settore Servizi Socio Educativi Culturali

Pec: [casorateprimo@postemaicertificata.pv.it](mailto:casorateprimo@postemaicertificata.pv.it)

**OGGETTO: ISTANZA PER ACCEDERE AI CONTRIBUTI DESTINATI ALLE FAMIGLIE CHE, PER L’ANNO SCOLASTICO 2024/2025, ABBIANO PROVVEDUTO AUTONOMAMENTE AL TRASPORTO DEI FIGLI CON CONDIZIONI DI DISABILITA’ , FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL’INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO STATALE O PARITARIA .**

I\_ sottoscitt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Casorate Primo, in via /p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

carta d’identità nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo pec : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di : □ genitore

□ affidatario

□ tutore

di: cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

carta d’identità nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di beneficiare del contributo destinato alle famiglie che, per l’anno scolastico 2024/2025 (da settembre a dicembre 2024 e da gennaio a giugno 2025), abbiano provveduto autonomamente al trasporto dei figli con condizione di disabilità , frequentanti la scuola dell’infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado, statale o paritaria finanziato dai fondi di cui alla L. n. 234/2021, art. 1, c. 174, secondo i criteri fissati dalla Giunta comunale con Delibera n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell’art.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

Che il minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

barrare con una crocetta)

* è residente nel Comune di Casorate Primo;
* è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, persona con condizione di disabilità, con certificazione ex L.104/1992 , allegata;
* è stato iscritto e ha frequentato nell’anno scolastico 2024/2025 nei mesi ( barrare con i mesi di frequenza e giorni di frequenza);

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SETTEMBRE: gg…. | OTTOBRE: gg…. | NOVEMBRE:  gg….. | DICEMBRE:  gg….. |  |  |
| GENNAIO:  gg……… | FEBBRAIO:  gg….. | MARZO:  gg…… | APRILE:  gg….. | MAGGIO:  gg…. | GIUGNO:  gg….. |

Presso la scuola ( barrare e indicare il nome dell’Istituto scolastico)

□ dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ secondaria di primo grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* è iscritto nell’anno scolastico 2025/2026
* Presso la scuola ( barrare e indicare il nome dell’Istituto scolastico)

□ dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ secondaria di primo grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, persona con condizione di disabilità, con certificazione ex L.104/1992 , allegata;
* non usufruito di altre sovvenzioni e contributi per l’ a.s. 2024/2025, per il servizio di accompagnamento casa/scuola.

□ Di aver effettuato autonomamente o a proprie spese il trasporto del minore a scuola, per i mesi di frequenza a.s. 2024/2025, senza fruire dei contributi o servizi a finanziamento pubblico;

□ Di essere consapevole che la presentazione del presente modulo non compilato in tutte le sue parti e/o di allegati completi o non conformi a quelli richiesti, comporta la sospensione del procedimento istruttorio sino ad integrazione documentale completa, secondo quanto specificato nell’Avviso;

□ Di aver informato l’altro genitore/affidatario/tutore della presentazione della presente istanza e di aver acquisito il suo consenso;

□ Di essere l’unico genitore/affidatario/tutore esercente la potestà genitoriale;

E A TAL FINE,

Comunica per l’eventuale erogazione del beneficio, che il codice IBAN intestato al richiedente ed afferente ad un conto corrente bancario o Postepay è il seguente : ( scrivere in modo leggibile)

Iban:

Allega la seguente certificazione:

1. certificazione attestante la disabilità del minore ai sensi della L.n. 104/1992;
2. Attestazione di frequenza alla scuola che documenti i mesi di presenza dell’alunno/a nell’anno 2024 e la sede frequentata;
3. Copia dei documenti di identità del genitore/affidatario/tutore richiedente e del minore;
4. Copia dei Codici fiscali (Tessera Sanitaria) del genitore/affidatario/tutore richiedente e del minore;
5. Per i soli cittadini extracomunitari: copia del titolo di soggiorno, in corso di validità, di tutti i componenti del nucleo familiare. In caso di rinnovo in corso allegare ricevuta.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_