Al Comune di OTRANTO

Settore Risorse Umane e SUAP

Piazza Alcide De Gasperi, 1

73028 – Otranto

protocollo.comune.otranto@pec.rupar.puglia.it

# OGGETTO: Richiesta *voucher* per il trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di 1° grado - Anno 2023.

Il/La sottoscritto/a

nato/a a , provincia di

il e residente a

in Via n. C.F.

indirizzo pec/mail

tel. Tel. Cell.

in qualità di: □ genitore □ persona esercente la potestà genitoriale (barrare la voce che interessa)

di

nato/a a prov. ( ) il

e residente a OTRANTO in Via \_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto e frequentante nell’anno scolastico 2023/2024 la scuola

presso l’Istituto

plesso di sito in

via n. \_

## C H I E D E

**che suo/a figlio/a venga ammesso/a al voucher per il Trasporto Scolastico degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno 2023)**

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

## D I C H I A R A

* che il minore \_ è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità (specificare la normativa di riferimento) art.\_\_\_\_\_\_\_\_, comma\_\_\_\_\_\_\_\_\_, della legge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che detto minore viene trasportato presso l’Istituzione scolastica con il seguente mezzo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dichiara, altresì, che

la famiglia nella quale è inserito il minore per il quale si richiede il *voucher*, con abitazione in indirizzo

è così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Relazione di parentela con il dichiarante |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

di essere in possesso di certificazione in corso di validità da cui risulti un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del nucleo familiare nel quale è inserito il minore per il quale si richiede il contributo, come di seguito riportato: Dati Attestazione ISEE

Valore ISEE Data scadenza validità \_

che nel nucleo familiare ove è inserito il minore per il quale si richiede il contributo sono inseriti n.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ altri minori;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196 del 30/06/20003 e al GDPR 679/2016 ss.mm.ii., che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all’Amministrazione ogni possibile variazione che riguardi il possesso dei requisiti utili all’erogazione del beneficio.

**Di allegare la seguente documentazione:** (contrassegnare la voce che interessa)

* certificazione disabilità del minore;
* copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il contributo;
* copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell’istanza;
* attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare
* attestazione di frequenza relativa all’anno scolastico 2023/2024.

## In caso di concessione del beneficio, comunica l’IBAN, intestato al dichiarante, su cui accreditare il contributo:

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO PAGAMENTO** | Bonifico Bancario o Postale |
| **CODICE IBAN (27 caratteri)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ISTITUTO DI CREDITO** |  |
| **FILIALE DI** |  |

Data firma dichiarante

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l’Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D. Lgs.196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e al GDPR 679/2016 e successive integrazioni

Data, firma dichiarante