COMUNE DI SCARNAFIGI

Provincia di Cuneo

Corso Carlo Alberto n.1 – Scarnafigi

C.F.: 85002050046 P.Iva: 00475350047

Tel. 0175/74101-74402 Fax 0175/74619

e-mail: ragioneria@comune.scarnafigi.cn.it

DOMANDA DI CONTRIBUTI ECONOMICI A TITOLO DI RIMBORSO DEL COSTO SOSTENUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' RESIDENTI NEL COMUNE DI SCARNAFIGI O E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA O LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO. ANNO 2024.

da presentare **ENTRO IL 15/10/2024 ore 12.00**
all'Ufficio del Protocollo Comunale
o via mail: segreteria@comune.scarnafigi.cn.it

Il Sottoscritto/a cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ (__) il _____/_____/_____ residente a SCARNAFIGI

In Via _____ n. _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono/Cell. _____

Email _____

In qualità di genitore/tutore del minore studente:

Cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ (__) il _____/_____/_____;

in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della L. 104/92 (in corso di validità) frequentante:

1) La scuola dell'infanzia _____ classe: _____ sez. _____

   dell'Istituto Comprensivo di _____ (___)

2) La scuola primaria _____ classe: _____ sez. _____

   dell'Istituto Comprensivo di _____ (___)

3) La scuola secondaria di primo grado _____ classe: _____ sez. _____ dell'Istituto Comprensivo di _____ (___)

CHIEDE

- ☐ contributi economici per il pagamento di servizi di trasporto svolti da soggetti terzi dal_____ al_____
- ☐ La restituzione delle spese di carburante per l'accompagnamento del proprio figlio/a a scuola.

Accredito in conto corrente bancario: denominazione istituto bancario _____

IBAN:

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R n. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 del D.P.R n. 445/2000).

DICHIARA

- ☐ Di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo al Servizio di concessione di contributi economici a titolo di rimborso del costo sostenuto per il trasporto scolastico degli alunni con disabilità residenti nel Comune di Scarnafigi e frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola secondaria di primo grado.
- ☐ Di non usufruire di ulteriori servizi/rimborsi per il servizio di trasporto scolastico.

Si allega la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi **dell'art. 3 comma 3, della L. 104/1992** in corso di validità o nelle more del rilascio della stessa, copia della domanda presentata all'INPS o certificazione provvisoria;
- Autocertificazione attestante la spesa sostenuta per il trasporto ai fini scolastici.

Scarnafigi, lì _____

FIRMA

_____