

All'Amministrazione Comunale di
Tavernole Sul Mella (BS)
Ufficio Servizi Sociali e Scolastici

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO ALLE FAMIGLIE CHE HANNO PROVVEDUTO IN AUTONOMIA AL TRASPORTO SCOLASTICO DEL FIGLIO CON DISABILITA' FREQUENTANTE LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO NELL'ANNO SCOLASTICO 2024/2025 E/O NELL'ANNO SCOLASTICO 2025/2026

Il sottoscritto _____ C. F. _____

Nato il _____ a _____ Sesso _____

Cittadinanza _____ residente a _____

in Via _____

tel. _____ email _____

in qualità di

genitore

tutore

affidatario

del Minore

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Valendosi della facoltà prevista dall'art.46 e dall'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 e dall'art. 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il minore, sopra indicato:

è residente nel Comune di Tavernole sul Mella (BS) in Via _____;

è in possesso di certificazione attestante lo stato di disabilità, ai sensi della Legge del 5 febbraio 1992, n.104, art.3 c.3

nell'anno scolastico 2024/2025

ha frequentato la Scuola

infanzia

primaria

secondaria di primo grado

Denominazione Scuola _____

nell'anno scolastico 2025/2026

ha frequentato la Scuola

infanzia

primaria

secondaria di primo grado

Denominazione Scuola _____

DICHIARA INOLTRE

di aver provveduto con mezzi propri al trasporto da casa a scuola e viceversa

di essere consapevole che il Comune di Tavernole sul Mella potrà svolgere controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese con la presente domanda e di impegnarsi a presentare prontamente eventuale documentazione richiesta

di essere consapevole che eventuali dichiarazioni false o mendaci comporteranno la decadenza immediata dal beneficio ottenuto oltre le sanzioni previste dal codice penale

di aver preso visione dell'avviso pubblico del _____ e di accettarne tutte le clausole riportate

COMUNICA

nel caso di accoglimento della richiesta i dati bancari per il versamento del contributo

Istituto _____

Codice Iban _____

ELENCO DEGLI ALLEGATI:

copia del documento d'identità

certificazione di disabilità ai sensi della Legge del 5 febbraio 1992, n.104, art.3 c.3

Tavernole Sul Mella, _____

Firma
