



**DOMANDA PER IL CONTRIBUTO A SUPPORTO DEL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI CON  
DISABILITÀ CERTIFICATA E RESIDENTI NEL COMUNE DI LA MADDALENA, FREQUENTANTI  
L'ISTITUTO COMPRENSIVO NELL' ANNO 2023.  
(Scadenza presentazione 21 dicembre 2023)**

*All'Ufficio Pubblica Istruzione  
del Comune di La Maddalena*

**OGGETTO: Domanda per il contributo a supporto del trasporto scolastico di alunni con disabilità certificata e residenti nel Comune di La Maddalena, frequentanti l'Istituto Comprensivo nell'anno 2023.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/affidatario/tutore

**CHIEDE**

di poter usufruire del contributo a supporto del trasporto scolastico per il proprio figlio/a  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ che per il periodo:

Gennaio – Giugno 2023 (a.s. 2022/2023) frequentava l'Istituto Comprensivo Statale (barrare la casella corrispondente all'opzione scelta):

Scuola dell'Infanzia di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

Primaria Plesso di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

Secondaria di I Grado Via La Fornace classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

oppure

Settembre – Dicembre 2023 (a.s. 2023/2024) frequenta l'Istituto Comprensivo Statale (barrare la casella corrispondente all'opzione scelta):

Scuola dell'Infanzia di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

Primaria Plesso di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

Secondaria di I Grado Via La Fornace classe \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i.:

che l'alunno/a \_\_\_\_\_ è residente nel Comune di La Maddalena ed è iscritto all'Istituto Comprensivo Via Carducci.

- di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.);
  - di essere informato/a che i dati personali raccolti sono obbligatori e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (artt. 10 e 13 D.lgs. 196/2003 e s.m.i.) e di autorizzarne il trattamento;
  - di essere informato/a che i dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.lgs. 281/1999 e s.m.i.);
  - di autorizzare l'invio agli indirizzi sopra indicati di ogni comunicazione relativa al procedimento di assegnazione del contributo e di impegnarsi alla immediata comunicazione dei cambi di indirizzi;
  - di autorizzare l'accredito del contributo sul proprio conto corrente bancario o postale o sulla propria carta prepagata con il seguente Codice IBAN:
- 

**Allega alla presente:**

- Copia del Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della L 104/92 (in corso di validità);**
- Documento di identità del richiedente e copia codice fiscale (obbligatorio);**
- Copia codice IBAN (intestato al richiedente) rilasciato dagli istituti bancari o postali ai fini dell'erogazione del contributo;**

La Maddalena, \_\_\_\_\_

Firma per accettazione

---