



PIANO SOCIALE
DI ZONA
S4

Da inviare o consegnare a:
PIANO SOCIALE DI ZONA
AMBITO TERRITORIALE S4
Via Europa n. 1
84098 – PONTECAGNANO FAIANO

**CONCESSIONE CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE SPESE DI TRASPORTO DEGLI STUDENTI
DIVERSAMENTE ABILI CHE FREQUENTANO ISTITUTI SUPERIORI DI SECONDO GRADO DELL'AMBITO
TERRITORIALE S4.
ANNO SCOLASTICO 2018-2019**

ISTANZA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO

A. *(generalità dello studente maggiorenne o, nel caso di studenti minorenni e/o sottoposti a tutela, del genitore o del tutore)*

Il/La sottoscritto/a

.....
(cognome) (nome)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita.....luogo di nascita.....(Pr.....)

residente in via.....n.....Cap.....

Comune.....(Pr.....) - Tel.

(di seguito il domicilio se diverso dalla residenza)

Via n. Cap..... Comune.....(Pr.....)

Iscritto/a per l'anno scolastico 2018/2019 alla classepresso l'Istituto.....

sito inalla Via.....

B. (nel caso di studenti minorenni e/o sottoposti a tutela: generalità dello studente)

.....
data di nascita.....(cognome).....luogo di nascita.....(nome).....(Pr.....)

residente in via.....n.....Cap.....

Comune.....(Pr.....) - Tel.....

(di seguito il domicilio se diverso dalla residenza)

Via n. Cap..... Comune.....(Pr.....)

Iscritto/a per l'anno scolastico 2018/2019 alla classepresso l'Istituto.....

sito inalla via.....

CHIEDE

di essere ammesso alla concessione del contributo.

DICHIARA

- che lo studente interessato all'eventuale beneficio del contributo è affetto da _____ (indicare il tipo di handicap) e che il grado di invalidità è del _____% (indicare la percentuale di invalidità attribuita dai competenti organi sanitari);
- che la distanza che intercorre dalla residenza o dal domicilio, se diverso dalla residenza, dello studente per il quale si chiede il contributo e la scuola dallo stesso frequentata A/R è di **Km.**_____;
- che lo studente per il quale si chiede il contributo non ha già completato un ciclo di studi relativo all'istruzione secondaria di secondo grado;
- di essere consapevole della circostanza che la presentazione della suddetta istanza non determina, in favore del soggetto richiedente il contributo, alcun diritto e/o pretesa al conseguimento dello stesso;
- di essere a conoscenza dell'informativa sulla privacy ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i. e dal Regolamento U.E. 679/2016 e di autorizzare, pertanto, il trattamento dei dati personali per gli usi connessi alla presente procedura;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati verifiche e controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

ALLEGA

ai fini dell'istruttoria e della valutazione della presente domanda la seguente documentazione:

- copia del certificato di invalidità/handicap del soggetto per il quale si richiede il contributo rilasciato dai competenti organi sanitari;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (redatta sull'apposito modello allegato al presente avviso-**Allegato A**) attestante:
 - o conformità all'originale della documentazione trasmessa relativa allo stato di invalidità/handicap dello studente;
 - o che quanto ivi certificato non sia stato revocato, sospeso o modificato;
- copia di un valido documento di riconoscimento del soggetto firmatario dell'istanza o, nel caso di studente minorenni, copia del documento di identità del genitore o del soggetto esercente su di questi la potestà parentale;
- attestazione ISEE 2018;
- comunicazione coordinate bancarie/postali del soggetto firmatario dell'istanza (**Allegato B**).

Ai sensi dell' D.Lgs. 30.06.2003 s.m.i. e dal Regolamento U.E. 679/2016 si informa che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento riguardante la presente domanda di contributo.

Data.....

Firma del richiedente il contributo
