**All’Ambito Territoriale B03**

**Comune capofila Montesarchio**

**Piazza San Francesco, n. 1**

**82016 Montesarchio (BN)**

**ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER TRASPORTO**

**finalizzato alla frequenza scolastica di studenti disabili presso**

**Istituti secondari di II grado**

**o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione**

**anno scolastico 2023 - 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità dell'Avviso pubblico *“CONCESSIONE CONTRIBUTI AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE FREQUENTANTI ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO - A.S. 2023/2024”,* ubicati nel territorio dell’Ambito Territoriale B03 e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

#### CHIEDE

*(barrare la voce che interessa)*

* **per se stesso;**
* **nella qualità di tutore** (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_

* **nella qualità di referente familiare** (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_

 l'accesso per l'a.s. 2023 - 2024 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:

* **dell'istituto scolastico secondario di secondo grado denominato**

**“**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**”**

 sede plesso scolastico di frequenza:

 Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nei seguenti giorni e orari:

|  |  |
| --- | --- |
| **Giorno** | **Si/No** |
| Lunedì |  |
| Martedì |  |
| Mercoledì |  |
| Giovedì |  |
| Venerdì |  |
| Sabato |  |

* **del corso di formazione professionale “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**”**

 presso l'Ente denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede di frequenza:

 Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

 Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nei seguenti giorni e orari:

|  |  |
| --- | --- |
| **Giorno** | **Si/No** |
| Lunedì |  |
| Martedì |  |
| Mercoledì |  |
| Giovedì |  |
| Venerdì |  |
| Sabato |  |

#### DICHIARA

* che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio di trasporto;
* che la persona con disabilità interessata al servizio è impossibilitata all’utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
* che il numero di chilometri percorsi giornalmente per raggiungere l’Istituto Scolastico/Ente di formazione è \_\_\_\_\_\_\_\_ km all’andata e \_\_\_\_\_\_\_\_ km al ritorno;
* di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito Territoriale B03 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di ai fini della concessione del beneficio economico;
* di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio viene disposta, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda C della S.Va.M.Di. evidenzi un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
* di essere a conoscenza che in ogni caso si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o comma 2;
* di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato al termine dell’anno scolastico 2023 – 2024 solo dopo acquisizione da parte dell'Ufficio di Piano di certificato di frequenza dettagliato per l’anno scolastico 2023 - 2024 rilasciato dall’Istituto/Ente di formazione a cui lo studente è iscritto da integrare al presente modulo;

Si allegano:

* copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
* copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2023 - 2024 a un Istituto scolastico secondario di II grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;
* copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
* copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).

Luogo e data

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

 Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÁ**

 **(artt. 47. D.P.R. 28 dicembre 2000 445/2000)**

### Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e dall’art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, **sotto la propria responsabilità**

## DICHIARA

### di essere a conoscenza del fatto che l’allegata copia:

* dell’atto/documento/verbale riferito alla certificazione medico-sanitaria dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prot n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trasmesso in uno alla domanda di ammissione al contributo per

l’anno scolastico 2023/2024, **è conforme all’originale;**

* che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Luogo e data

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

 IL DICHIARANTE

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

**Comunicazione coordinate bancarie/postali**

(*Tale modello deve essere sottoscritto dal firmatario dell’istanza di ammissione al contributo*)

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Richiedente il contributo per trasporto scolastico 2023/2024 |  |
| Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 **CHIEDE**

che, in caso di concessione del contributo richiesto, la relativa somma determinata sia accreditata sulle seguenti coordinate bancarie/postali

(*si rammenta che il conto corrente su cui si dispone l’accredito deve essere intestato allo stesso*

*soggetto firmatario dell’istanza e che non deve trattarsi di un libretto postale).*

|  |
| --- |
| **Coordinate Bancarie / Postali IBAN** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

presso la banca /ufficio postale

Agenzia

situata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione dichiarata.

Data

 FIRMA

\**si chiede di allegare alla presente copia estratto bancario o postale da cui si evince l’intestatario*

*del conto.*