



CITTÀ DI ARICCIA
(Città Metropolitana di Roma Capitale)

Area V – Amministrativa

All'Ufficio Scuola

**RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO PER STUDENTI DISABILI
FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE
O I PERCORSI TRIENNALI DI IeFP (Istruzione e Formazione Professionale).
ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

IL SOTTOSCRITTO

**Generalità dello studente (se maggiorenne) o di uno dei due genitori o della persona esercente la
potestà genitoriale (in caso di studente minorenni)**

Nome	Cognome
Luogo e Data di nascita	
Codice Fiscale	
Codice Iban	

ai sensi del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

DICHIARA

Residenza anagrafica

Via/Piazza/n.civico	Telefono
Comune	Provincia

Generalità dello studente destinatario (compilare solo in caso di studente minorenni)

Nome	Cognome
Luogo e Data di nascita	
Codice Fiscale	

Denominazione della scuola

Istituto Scolastico		Numero civico	
Comune/Via/Piazza		Provincia	
Classe di frequenza A.S. 2023/2024	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sezione _____	
Ordine e grado di scuola	<input type="checkbox"/> Secondaria di II grado (ex media superiore)	<input type="checkbox"/> IeFP (Istruzione e Formazione Professionale)	

Numero complessivo dei Km percorsi giornalmente dallo studente: _____

Il contributo per i chilometri indicati sopra (da intendersi come chilometri percorsi giornalmente tra andata e ritorno) viene richiesto:

- in forma **COMPLETA** (andata e ritorno) rimborso abbonamento o chilometrico
 - solo in alcuni giorni (specificare quali _____)
 - solo in alcuni periodi dell'anno (specificare quali _____)

- in forma **PARZIALE** rimborso abbonamento o chilometrico
 - solo andata solo ritorno
 - solo in alcuni giorni (specificare quali _____)
 - solo in alcuni periodi dell'anno (specificare quali _____)

- di essere a conoscenza che:
 - nel caso di corresponsione di benefici, si applica l'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di controlli di veridicità delle informazioni fornite;
 - ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
 - ai sensi dell'art. 11 del D.P.C.M. 03 dicembre 2013, n. 159, nonché dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, l'Amministrazione Comunale effettuerà controlli sia a campione che in tutti i casi vi siano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente, anche successivamente all'erogazione dei benefici, comunque denominati, per i quali sono rese le dichiarazioni;

- di non avere presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione.

Allegati:

- certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex Legge n. 104/1992 in corso di validità)
- copia del documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente che firma la presente istanza di contributo;

Data

Firma del richiedente

Informazioni trattamento dati personali:

Autorizza il Comune di Ariccia e la Regione Lazio al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del DGPR 679/2016, così come recepito dal D.Lgs 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Data

Firma del richiedente

Indirizzo al quale inviare eventuali comunicazioni, se diverso da quello indicato in precedenza:

- Via/Piazza _____
- Comune _____
- CAP _____

Indirizzo e-mail o Pec: _____