



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 2024/2025**

**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: \_\_\_\_\_