Modello A

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Al Comune di Casei Gerola******Piazza Meardi,3******27050 Casei Gerola*****comune.caseigerola@legalmail.it****protocollo@comune.caseigerola.pv.it** |

# OGGETTO: Richiesta *voucher* per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2024/2025).

Il/La sottoscritto/a

nato/a a , provincia di

il e residente a

in Via n.

codice fiscale

indirizzo pec indirizzo e-mail

tel. Tel. Cell.

in qualità di □ genitore □ persona esercente la potestà genitoriale (barrare la voce che interessa)

di

nato/a a , provincia di

il e residente a

in Via n.

codice fiscale

iscritto e frequentante nell’anno scolastico 2024/2025 la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’Istituto Comprensivo

plesso di sito in

via n.

# C H I E D E

**Il voucher per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2024/2025) per il suddetto minore con disabilità.**

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

# D I C H I A R A

Che il minore

è iscritto e frequentante nell’anno 2024/2025 la scuola

presso l’Istituto Comprensivo

plesso di sito in

via n.

è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, con disabilità, con certificato di invalidità (specificare quale)

* ex art. 3, comma 3, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data
* ex art. 3, comma 1, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data

Che detto minore è privo di autonomia e viene trasportato presso l’Istituzione scolastica, tragitto A/R ovvero tragitto sola andata o solo ritorno, con un mezzo privato del nucleo familiare o tramite ditta privata

Dichiara, altresì, che

la famiglia nella quale è inserito il minore per il quale si richiede il voucher, con abitazione in

 indirizzo

è così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Relazione di parentela con il dichiarante |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Di essere in possesso di certificazione da cui risulti un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) anno 2024 del nucleo familiare nel quale è inserito il minore per il quale si richiede il voucher, come di seguito riportato:

**Dati Attestazione ISEE**

Valore ISEE

Data scadenza validità

**Allega la seguente documentazione:** (contrassegnare la voce che interessa)

* + certificazione disabilità del minore così come definita dall’art.3, comma 3, della legge 104/92;
	+ certificazione disabilità del minore così come definita dall’art.3, comma 1, della legge 104/92;
	+ copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il *voucher*;
	+ copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell’istanza;
	+ attestazione ISEE del nucleo familiare anno 2024;

Data, firma

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l’Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D.Lgs.196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e Regolamento UE 679/2016 .

Data, firma