



COMUNE DI SANT'ELIA FIUMERAPIDO

Provincia di Frosinone

Comune di Sant'Elia Fiumerapido (FR) - Piazza E. Risi, 1 - 03049 Sant'Elia Fiumerapido (FR)

Centralino Tel. 0776-35.18.01 - Fax. 0776-35.00.20 Settore Servizi Sociali: Tel. 0776.35.18.61 - 0776.35.18.49

E-mail: info@comune.santeliafiumerapido.fr.it (PEC) protocollo@pec.comune.santeliafiumerapido.fr.it C.F. 81002190601 - P.I. 00360930606

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI LE SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO O I PERCORSI TRIENNALI DI I e FP – A.S. 2022/2023

In attuazione della Determinazione della Regione Lazio n. G10198 del 27.07.2021, si informa che è prevista la concessione di contributi economici alle famiglie per il **trasporto degli studenti con disabilità certificata** (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità), residenti in questo Comune che frequentano le Istituzioni Scolastiche statali o paritarie o i percorsi triennali finalizzati. Sono ammessi altresì al beneficio gli alunni ultra diciottenni che devono iscriversi al 1^a anno di scuola superiore nell'ambito dei percorsi di II livello presso i CPIA (ex corsi serali) godono di tutti i diritti previsti per gli alunni con disabilità frequentanti le scuole superiori del mattino e quindi anche del servizio trasporto scolastico.

Sono esclusi gli studenti ultra diciottenni che abbiano già frequentato interamente qualunque corso di istruzione secondaria superiore e siano in possesso del titolo correlato.

Il contributo economico forfettario per ciascun studente disabile potrà coprire un massimo di 30 chilometri complessivi tra andata e ritorno per ogni giornata per un importo massimo di € 3.000,00 annui per utente.

Le domande dovranno essere inoltrate all'Ufficio protocollo del Comune di Sant'Elia Fiumerapido entro e non oltre il **20 settembre 2021 ore 12,00**, utilizzando il modulo disponibile presso l'Ufficio dei Servizi Sociali o scaricabile sul sito del Comune di Sant'Elia Fiumerapido www.comune.santeliafiumerapido.fr.it, allegando in busta chiusa la seguente documentazione:

1. Certificazione medica rilasciata dalla ASL che attesta l'impossibilità di una autonoma fruizione dei servizi di trasporto di linea;
2. Fotocopia della certificazione L. 104/92 art. 3, comma 3;
3. Copia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne.

Sant'Elia Fiumerapido, 26.07.2022



IL SINDACO

F.to Avv. Roberto Angelosanto

AL COMUNE DI

SANT'ELIA FIUMERAPIDO**OGGETTO: Richiesta trasporto studente/ssa diversamente abile – A.S. 2022/2023****Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale**

| | | | |
|-------------------------|--|---------|--|
| NOME | | COGNOME | |
| Luogo e data di nascita | | | |
| CODICE FISCALE | | | |

Residenza anagrafica

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------|----|
| VIA/PIAZZA/ N. CIVICO | | TELEFONO | |
| COMUNE | SANT'ELIA FIUMERAPIDO | PROVINCIA | FR |

CHIEDE

L'attivazione del supporto organizzativo per trasporto per il proprio figlio

| | | | |
|------------------|--|-----------------|--|
| NOME | | COGNOME | |
| LUOGO DI NASCITA | | DATA DI NASCITA | |
| CODICE FISCALE | | | |

| | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA | | | |
| VIA/PIAZZA | | NUMERO CIVICO | |
| COMUNE | | PROVINCIA | |
| Classe frequentata nell'anno scolastico 2022/2023 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| Scuola | | Secondaria di 2° grado | |

Data

Firma del richiedente

Il sottoscritto dichiara 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 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARAIn qualità di tutore/tutrice del diversamente abile sopra menzionato, **CHE**

- è iscritto al _____ della classe _____ dell'Istituto _____ di _____

- la propria abitazione dista Km. _____ (percorso stradale più breve) dalla sede dell'Istituto suddetto;
- è stato riconosciuto invalido grave, ai sensi della Legge 104/1992, art. _____ comma _____ e tutt'ora permane tale situazione, giusto verbale n. _____ del _____ rilasciato dalla Commissione medico Legale.

Si dichiara di effettuare direttamente il trasporto e l'accompagnamento, previo rimborso delle spese effettivamente sostenute, calcolate in proporzione al costo del carburante ed ai chilometri percorsi.

A tal proposito dichiara il seguente codice IBAN:

_____, intestato al/alla sottoscritt_ in qualità di tutore/tutrice dello studente

Data

Firma del richiedente
