

OGGETTO: Richiesta trasporto studente/ssa diversamente abile – A.S. 2024/2025**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 2024/2025	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Scuola	<input type="checkbox"/> 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 sottoscritto/a_ in qualità di tutore/tutrice dello studente

Data

Firma del richiedente
