

AL COMUNE DI SANT'ELIA FIUMERAPIDO

OGGETTO: RICHIESTA TRASPORTO STUDENTE/SSA DIVERSAMENTE ABILE – A.S. 2026/2027

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	FROSINONE

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 2026/2027	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 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.

DICHIARA

In 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, ai sensi della ex 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
