



COMUNE DI MEGLIADINO SAN VITALE

PROVINCIA DI PADOVA

Piazza Matteotti, 8 - 35040 Megliadino San Vitale (PD)

Telefono 0429 88003

e-mail: segreteria@comune.megliadinosanvitale.pd.it PEC: protocollo.comune.megliadinosv.pd@pecveneto.it

All'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE DI MEGLIADINO SAN VITALE

PIAZZA G. MATTEOTTI N.8

35040 MEGLIADINO SAN VITALE (PD)

OGGETTO: modulo di domanda per la concessione di contributo voucher per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno 2024

(da presentare entro il 1° ottobre 2024)

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Codice fiscale _____ nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in _____ n. _____

Tel./Cell. _____

Email: _____

CHIEDE

di usufruire del contributo voucher per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la Scuola dell'Infanzia, la Scuola Primaria e Secondaria di primo grado - anno 2024

In qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale di minore presente nel proprio nucleo familiare anagrafico di cui sotto si riportano i dati anagrafici;

Oppure (barrare con "X" SOLO SE presente tale situazione)

In qualità di tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere (allegare copia documento di identità e della relativa nomina)

Responsabile del procedimento e dell'istruttoria: dott.ssa Alice Biasiolo

Orario di ricevimento: martedì 15.30 – 17.30

Telefono 0429/88003 int. 5 e_mail: segreteria@comune.megliadinosanvitale.pd.it



COMUNE DI MEGLIADINO SAN VITALE

PROVINCIA DI PADOVA

Piazza Matteotti, 8 - 35040 Megliadino San Vitale (PD)

Telefono 0429 88003

e-mail: segreteria@comune.megliadinosanvitale.pd.it PEC: protocollo.comune.megliadinosv.pd@pecveneto.it

DATI ANAGRAFICI STUDENTE

Cognome e Nome (studente) _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente nel Comune di _____ (____)

indirizzo _____ n. _____

C.F. _____

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (art. 46 “Dichiarazioni sostitutive di certificazioni”, art. 47 “Dichiarazione sostitutive dell’atto di notorietà”, art. 76 “Norme Penali”) consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo, che le false dichiarazioni sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, nonché del fatto che se qualora dai controlli (art. 71 D.P.R. 445/2000) emerga la non veridicità delle dichiarazioni, interverrà la decadenza dai benefici concessi (Art. 75 D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

1. di essere l'unico componente del proprio nucleo familiare a presentare la domanda di contributo;
2. di avere cittadinanza italiana o UE o, per i cittadini stranieri non UE, essere titolare di un permesso di soggiorno di durata almeno annuale o di una carta di soggiorno, in corso di validità e, se il suddetto documento è scaduto, essere in possesso di ricevuta della richiesta di validità;
3. che nel nucleo familiare è presente n. ___ studente disabile frequentante nell'anno solare 2024 la Scuola dell'Infanzia, la Scuola Primaria e la Scuola Secondaria di primo grado specificatamente per l'anno scolastico 2023/2024 – 2024/2025 come riportato:

Nome Istituto _____ Classe _____ anno
scolastico _____

indirizzo _____ n. _____ Comune _____

4. che l'alunno è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92 art. 3 oppure documentazione relativa all'esito della Commissione Invalidi civili (l.295/90; art. 20 l. 102/2009);

Responsabile del procedimento e dell'istruttoria: dott.ssa Alice Biasiolo

Orario di ricevimento: martedì 15.30 – 17.30

Telefono 0429/88003 int. 5 e_mail: segreteria@comune.megliadinosanvitale.pd.it



COMUNE DI MEGLIADINO SAN VITALE

PROVINCIA DI PADOVA

Piazza Matteotti, 8 - 35040 Megliadino San Vitale (PD)

Telefono 0429 88003

e-mail: segreteria@comune.megliadinosanvitale.pd.it PEC: protocollo.comune.megliadinosv.pd@pecveneto.it

5. che:

a. ho provveduto/provvederò ad organizzare in autonomia il trasporto dell'alunno/a;

b. mi sono rivolto/rivolgerò alla seguente associazione/ditta di trasporto:

(allegare documentazione inerente alla spesa sostenuta o da sostenere)

6. di aver preso visione delle condizioni dell'avviso allegato alla presente;

7. che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso;

8. che l'importo del contributo, riconosciuto nei limiti delle risorse assegnate al Comune, verrà accreditato sul seguente conto corrente:

IBAN _____

Nome e cognome intestatario c/c _____

Codice Fiscale Intestatario c/c _____

Per quanto non espressamente indicato nella domanda, si fa riferimento ai contenuti dell'avviso, che si dichiara di conoscere e di accettare.

Data _____

Firma

Allega la seguente documentazione necessaria all'analisi della domanda:

• fotocopia carta d'identità del richiedente o titolo di soggiorno in corso di validità;

• fotocopia carta d'identità dell'alunno con disabilità o titolo di soggiorno in corso di validità (o in assenza fotocopia della tessera sanitaria);

• certificazione di disabilità;

- eventuale documentazione di spesa

Responsabile del procedimento e dell'istruttoria: dott.ssa Alice Biasiolo

Orario di ricevimento: martedì 15.30 – 17.30

Telefono 0429/88003 int. 5 e_mail: segreteria@comune.megliadinosanvitale.pd.it