

MODELLO DI DOMANDA

CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' II CICLO.

- ANNO SCOLASTICO 2026/2027-

Al Comune di Montalto di Castro

Ufficio Pubblica Istruzione

comune.montaltodicastro.vt@legalmail.it

RICHIEDENTE: (compilare con i dati del genitore o dello studente stesso se maggiorenne)

-Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia _____, il _____ C.F.: _____

Documento d'identità n. _____

In qualità di :

- ☐ Genitore
☐ Esercitante la responsabilità genitoriale
☐ Studente (se maggiorenne)

CODICE IBAN (scrivere in stampatello in maniera leggibile):

DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia _____, il _____ C.F.: _____

frequentante nell' A.S. 2026/2027, la seguente scuola secondaria di II grado o centro di formazione professionale accreditato

Dati Istituto Scolastico

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

Codice meccanografico: _____

Classe frequentata: _____

DICHIARA

- ☐ che l'alunno è residente nel Comune di Montalto di Castro provincia di Viterbo, in Via/Piazza _____, n. _____;
- ☐ che la distanza dalla propria abitazione alla sede scolastica è di Km. _____;
- ☐ che giornalmente percorre km _____;
- ☐ **di non avere** presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra Regione;

RICHIEDE

la concessione del contributo economico forfettario, da calcolare su base chilometrica e in funzione del numero dei giorni di presenza a scuola certificati dall'Istituto di riferimento, per la seguente condizione:

- ☐ andata e ritorno
- ☐ solo andata ☐ solo ritorno
- ☐ solo in alcuni giorni (indicare quali _____)
- ☐ solo in alcuni periodi dell'anno scolastico (indicare quali _____)

DICHIARA inoltre

Di essere a conoscenza che in caso di accoglimento della domanda, il contributo sarà liquidato al richiedente, a seguito dell'effettiva erogazione delle risorse da parte della Regione Lazio al Comune di Montalto di Castro, e previa presentazione dei giustificativi della spesa e dell'attestazione rilasciata dalla scuola degli effettivi giorni di frequenza scolastica

ALLEGATI (obbligatori)

1. certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicitata la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL (verbale di accertamento dell'handicap ex Legge n.104/1992 in corso di validità);
2. copia documento d'identità in corso di validità del richiedente e dello studente avente diritto;

****Contatti per comunicazioni inerenti la presente istanza**
(scrivere in stampatello, in maniera leggibile):

Telefono (valido) _____ - indirizzo e-mail (valido) _____.

****Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, per i fini di cui alla presente richiesta, ai sensi della legge 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679**

Montalto di Castro, lì _____

Firma del richiedente
