

COMUNE DI CORLETO PERTICARA
Provincia di Potenza



Modello A

Al Comune di Corleto Perticara (PZ)

Ufficio Socio-Assistenziale

Dott.ssa Michela Lacava

Ed

Assistente Sociale

Dott.ssa Angelica Vicino

Mail: comunecorleto@comune.corletopticara.pz.it

Pec: comune.corleto@cert.ruparbasilicata.it

OGGETTO: Richiesta voucher per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado per l'anno scolastico 2023/24.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____ iban _____

indirizzo pec _____ indirizzo e-mail _____

tel. _____ Tel. Cell. _____

in qualità di genitore persona esercente la potestà genitoriale (barrare la voce che interessa)

di _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

iscritto e frequentante nell'anno scolastico 2023/2024 la scuola _____

presso l'Istituto Comprensivo _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

CHIEDE

Il voucher per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2023/24) per il suddetto minore con disabilità.

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA

Che il minore _____

è iscritto e frequentante nell'anno scolastico 2023/2024 la scuola _____

presso l'Istituto Comprensivo _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità

ex art. 3, comma 3, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data _____

ex art. 3, comma 1, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data _____

Dichiara, altresì, che

la famiglia nella quale è inserito il minore per il quale si richiede il voucher, con abitazione in

_____ indirizzo _____

è così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela con il dichiarante

di essere in possesso di certificazione in corso di validità da cui risulti un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del nucleo familiare nel quale è inserito il minore per il quale si richiede il voucher, come di seguito riportato:

Dati Attestazione ISEE

Valore ISEE _____

Data scadenza validità _____

che nel nucleo familiare ove è inserito il minore per il quale si richiede il voucher sono inseriti n. ___altri minori;

di allegare la seguente documentazione: (contrassegnare la voce che interessa)

certificazione disabilità del minore così come definita dall'art.3, comma 3, della legge 104/92;

- certificazione disabilità del minore così come definita dall'art.3, comma 1, della legge 104/92;
- copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il *voucher*;
- copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;
- attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare;

Data, _____ firma _____

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D.Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data, _____ firma _____