

# DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI SERVIZIO TRASPORTO DISABILI ANNO 2018

Al Dirigente

Comune di Reggio Calabria

Settore Welfare e Partecipate

Via S. Anna II Tr. Palazzo Ce.Dir

89128 Reggio Calabria

RICHIEDENTE

I sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

telefono / e.mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

del beneficiario del Servizio \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

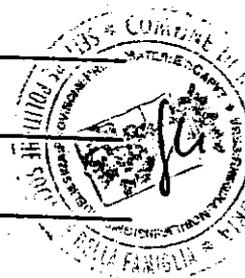
residente in via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_



VISTO l'Avviso pubblico del \_\_\_\_\_ per l'erogazione dell'Assegno di " Servizio Trasporto disabili", agli utenti residenti nel Comune di Reggio Calabria in possesso requisiti indicati nell'art 4 dello stesso avviso,

**CHIEDE**

Di poter usufruire dell' Assegno di Servizio Trasporto disabili di cui sopra per la seguente destinazione:

Istituzione scolastica (Scuola Primaria e Secondaria di I Grado)

Ubicazione del luogo di destinazione nei giorni di svolgimento del servizio:

|  |                                  |                                    |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Denominazione<br>Indicare la denominazione dell'istituzione scolastica presso la quale si indirizza il Servizio di trasporto |                                  |                                    |
| Via:   |                                  |                                    |
| Giorni di svolgimento del Servizio:  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> LUNEDÌ  | <input type="checkbox"/> MARTEDÌ | <input type="checkbox"/> MERCOLEDÌ |
| <input type="checkbox"/> GIOVEDÌ   | <input type="checkbox"/> VENERDÌ | <input type="checkbox"/> SABATO    |

### DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'art. 76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- Che la composizione del proprio nucleo familiare ed i relativi dati anagrafici e lavorativi sono i seguenti:

| N° ORDINE | GRADO DI PARENTELA E CODICE FISCALE | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | PROFESSIONE |
|-----------|-------------------------------------|----------------|-----------------|-------------|
| 1         | .....                               | _____          |                 |             |
| 2         | .....                               | _____          |                 |             |
| 3         | .....                               | _____          |                 |             |
| 4         | .....                               | _____          |                 |             |
| 5         | .....                               | _____          |                 |             |

Dichiara altresì:

Di trovarsi in situazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/92;

Di avere un'età compresa tra i 5 ed i 18 anni non compiuti alla data di pubblicazione dell'Avviso "Assegno di Servizio trasporto disabili anno 2018"

Di frequentare la scuola primaria o secondaria di I Grado;

Che la condizione di disabilità e la conseguenziale limitazione di autonomia, non consente all'alunno disabile l'utilizzo dei mezzi pubblici ai sensi dell'art. 26, comma 2, della Legge 104/1992, necessitando di azioni di sostegno per raggiungere la sede scolastica;

Che il servizio di trasporto è stato effettuato per conto di terzi;



Che il servizio di trasporto è stato effettuato in proprio;

Che la distanza dalla residenza abituale del soggetto disabile rispetto alla scuola è superiore ai 500 metri.

Di essere in regola con i pagamenti dei tributi comunali

Di accettare tutte le clausole e le prescrizioni contenute nell'Avviso Pubblico.

**Allega la seguente documentazione:**

- Certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/92 del beneficiario;
- Autocertificazione relativa all'iscrizione dell'alunno disabile con indicazione dell' Istituto Scolastico presso il quale si indirizza il Servizio di trasporto;
- Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- Copia del Codice IBAN valido per l'accredito dell'assegno di Servizio trasporto anno 2018

Il Sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che:

- *L'eventuale constatazione della falsità, anche di una sola delle notizie fornite, è punita ai sensi della legge e comporta, altresì, l'esclusione della domanda;*
- *Sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art.7 del DPR n.445/2000, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite riguardo la situazione familiare dichiarata ed i dati reddituali da parte degli organi competenti.*
- *Autorizza ai sensi ed agli effetti degli artt.13 e 23 del D.Lgs 196/2003 il proprio consenso al trattamento dei dati personali*

Data

Firma



... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..  
... ..

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_