**MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA’ FREQUENTANTI LE SCUOLE SECONDARIE DI II^ GRADO**

**STATALI O PARITARIO O PERCORSI TRIENNALI DI IeFP**

**ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

####

 **AL COMUNE DI PIGLIO**

**Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NONOME |  | COGNOME |  |
| Luogo e data di nascita |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Residenza anagrafica***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIPIAZZA/N. CIVICO |  | TELEFONOE-MAIL |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |

**Generalità dello studente destinatario**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |
| LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA/ISTITUTO |  |
| VIA/PIAZZA |  | NUMERO CIVICO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |
|  **Secondaria di 2° grado** ( superiore) |  Classe frequentata nell’a.s. 2017/2018 1  2  3  4  5 |
| **Distanza percorsa in km** | **Andata****Km……………………** | **Ritorno****Km……………………** |

 Si allegano;

* Certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicitata la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex L. 104 in corso di validità).

* Autodichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, relativa ai requisiti della residenza e della frequenza dell’istituto di istruzione;
* Copia documento d’identità in corso di validità 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. 76del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci

 Il sottoscritto dichiara di **non avere** presentato domanda per ottenere analogo beneficio in altra

 Regione.

Data Firma del richiedente

 (\*\*) da apporre direttamente alla consegna della domanda alla presenza del dipendente incaricato della ricezione o da

 inviare unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità.

il Titolare del trattamento dei dati, ai sensi della Legge, è **Comune di Piglio** (Viale Umberto I, 4 – 03010 Piglio (Fr)) nella persona del suo legale rappresentante pro tempore.

Il responsabile della protezione dei dati (**DPO**) designato dal titolare ai sensi dell'art.37 del GDPR è:

**DIGIWEBUNO SRL** (Via Lecce 21, 03100 Frosinone (FR); e-mail: info@digiwebuno.it; telefono: 0775.881018; P.Iva: 0258974060) nella persona di **MASSIMO GENOVESI**, telefono: 0775.1530300; mail: gdpr@digiwebuno.it

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679.

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate in domanda

**□SI**  □**NO**

 **Il Richiedente**