



Comune di Bonate Sopra

Provincia di Bergamo
Piazza Vittorio Emanuele II, 5
P.IVA 00246860167 C.F. 82000950160

All'ufficio Servizi Sociali
del Comune di Bonate Sopra
Piazza Vittorio Emanuele II, 5

OGGETTO: Assegnazione di contributi ai Comuni a supporto dello svolgimento dei servizi di trasporto scolastico e di assistenza educativa, a favore degli studenti con disabilità, frequentanti l'Istruzione secondaria di secondo Grado e i Percorsi di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) nell'anno scolastico e formativo 2024/2025. Richiesta di accesso al contributo ordinario per il servizio di trasporto.

Il sottoscritto, in qualità di genitore o persona esercente la potestà genitoriale:

Cognome e nome													
Codice fiscale													
Luogo di nascita								Data di nascita					
Comune di residenza	Bonate Sopra												
Via/Piazza									N° civico				
Telefono						Cellulare							
E-mail													

Visto il Decreto N.12093 del 02/08/2024 di Regione Lombardia ad oggetto "Raccolta del fabbisogno per i servizi di assistenza educativa e di trasporto scolastico, erogati dai Comuni a favore degli studenti con disabilità che, nell'anno scolastico e formativo 2024/2025, frequentano l'Istruzione secondaria di secondo Grado e l'Istruzione e Formazione professionale".

CHIEDE

l'accesso al contributo ordinario per il servizio di trasporto scolastico a favore di studenti con disabilità e frequentanti il secondo ciclo di studi per l'a.s. 2024/2025 a favore di:

Cognome e nome													
Codice fiscale													
Luogo di nascita								Data di nascita					
Comune di residenza	Bonate Sopra												
Scuola e classe frequentate nell'a.s. 2024/2025													
Istituto _____													
classe _____ sito nel Comune di _____ Prov. (____)													



Comune di Bonate Sopra

Provincia di Bergamo
Piazza Vittorio Emanuele II, 5
P.IVA 00246860167 C.F. 82000950160

A tal fine dichiara che

- la modalità di erogazione del servizio di trasporto è:
 - fornito dal Comune;
 - svolto in autonomia dalla famiglia;
 - affidato a terzi dal Comune;
 - affidato a terzi dalla famiglia.
- la distanza chilometrica da casa a scuola è la seguente: _____ km.
- è presente una settimana aggiuntiva per esami (il numero massimo ammissibile per studente è di 34 settimane. Per lo studente in annualità di esami, è consentita la settimana aggiuntiva per un totale massimo di 35 settimane):
 - no (34 settimane);
 - si (35 settimane).
- Il/la proprio/a figlio/a:
 - frequenta nell'a.s. 2024/2025, Istituti scolastici secondari di secondo Grado ovvero Percorsi di IeFP, inclusi i Percorsi Personalizzati per alunni Disabili (PPD), per il conseguimento dei Titoli di studio di qualifica e diploma professionale;
 - è in possesso di Certificazione di disabilità e di Diagnosi funzionale (o Profilo di funzionamento), redatti dall'Ente Certificatore, pubblico o privato accreditato, che esplicitano la necessità di assistenza (Verbale del Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile, ai sensi del DPCM n. 185/2006, della DGR n. 3449/2006, integrata dalla DGR n. 2185/2011);
 - in ragione della condizione di disabilità, presenta la necessità di trasporto risultante dalla Diagnosi funzionale;
 - non ha già ricevuto e non riceverà, per l'a.s. 2024/2025, benefici erogati per il medesimo servizio da Pubbliche Amministrazioni, se non esclusivamente ad integrazione dello stesso.

dichiara altresì

- di essere a conoscenza che il Comune procederà ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e di essere consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del DPR 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del DPR 445/2000);
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali forniti, con strumenti sia cartacei che informatici, per l'espletamento della procedura connessa al servizio in parola, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del vigente Codice della Privacy (D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i).
- di autorizzare il versamento del contributo spettante sul conto corrente identificato con codice IBAN, che sarà erogato a seguito di rendicontazione da parte del Comune al termine dell'a.s. 2024/2025

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(intestato a _____).



Comune di Bonate Sopra

Provincia di Bergamo
Piazza Vittorio Emanuele II, 5
P.IVA 00246860167 C.F. 82000950160

Si impegna inoltre

a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Bonate Sopra ogni eventuale variazione dei dati sin qui dichiarati.

Alla presente istanza allega:

- Certificazione di disabilità (Verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/1992 in corso di validità);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

La domanda dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo negli orari di apertura al pubblico **ENTRO IL 29 OTTOBRE 2024**, oppure inviata tramite mail/PEC entro la stessa data, ai seguenti indirizzi: protocollo@comune.bonatesopra.bg.it - comune.bonatesopra.bg@halleycert.it

Bonate Sopra, lì _____

Firma
