



**AII. A\_ MODULO DI DOMANDA**

Da compilare da parte dell'alunno o della famiglia o del tutore dello studente disabile e presentare entro il 27 luglio 2024

Al Comune di San Lorenzo Nuovo  
P.zza Europa, 31  
01020 San Lorenzo Nuovo – Vt  
PEC [comunesanlorenzonuovo@pec.it](mailto:comunesanlorenzonuovo@pec.it)

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O I PERCORSI TRIENNALI DI IEFP -ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48)

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ - in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dello **studente/ssa** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a SAN LORENZO NUOVO (VT) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP 01020 - iscritto/a al \_\_\_\_ anno, Sezione \_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_  
indirizzo di studio \_\_\_\_\_ sede via \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

per lo/la studente/ssa sopra indicato la concessione di un contributo per il trasporto scolastico:

- in forma completa (*andata e ritorno*)
- parziale (*solo andata o solo ritorno, solo in alcuni periodi dell'anno scolastico*)

**DICHIARA**

- che il percorso da casa a scuola -andata e ritorno - è quantificabile in Km \_\_\_\_\_;
- che il trasporto scolastico sarà necessario anche per raggiungere la sede di svolgimento dell'attività di alternanza scuola-lavoro.

**DICHIARA INOLTRE**

che l'intervento di trasporto dello studente sopraindicato è estremamente complesso ed oneroso per i seguenti motivi:

- disabilità grave art.3 comma 3 L. 104/92
- condizione di particolare isolamento territoriale o complessità del trasporto di seguito indicata:

**ALLEGA:**

1. Certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (*verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità*);
2. Fotocopia leggibile della certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3, attestante la minorazione singola o plurima che ha ridotto gravemente l'autonomia personale, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativa e globale nella sfera individuale in quella relazionale.
3. Fotocopia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne.

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del nuovo regolamento (UE), 2016/679 sulla privacy.**

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Per informazioni: Uff. servizi sociali**

Resp.le Dott. Aldo STRAPPAFELCI  
Antonella FABI

Tel. 0763 7268216  
Tel. 0763 7268211

[anagrafe@comunesanlorenzonuovo.it](mailto:anagrafe@comunesanlorenzonuovo.it)  
[servsociali@comunesanlorenzonuovo.it](mailto:servsociali@comunesanlorenzonuovo.it)