

All A

Da compilare da parte dell'alunno o della famiglia o del tutore dello studente disabile.

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI  
CON DISABILITA' FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE  
SECONDARIE DI II GRADO STATALI O PARITARIE O I PERCORSI TRIENNALI  
DI IeFP - ANNO SCOLASTICO 2019-20**

**Al Comune di Frascati  
Settore III- Servizi Sociali  
p.zza Marconi 3  
00044 Frascati  
[protocollofrascati@legalmail.it](mailto:protocollofrascati@legalmail.it)**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_  
indirizzo di studio \_\_\_\_\_ sede via \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

per l'alunno/a 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**

Ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48

- 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 o in quella relazionale.
3. fotocopia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

Firma

\_\_\_\_\_