



**COMUNE DI CARMIGNANO DI BRENTA**

Provincia di Padova

CF 81000410282 P.IVA 1573490289

Telefono 0499430355

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO DI CUI AL FONDO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI STUDENTI DISABILI FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO (ART. 1, COMMA 174, L. 234/2021).**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... (Provincia.....), il giorno ...../...../.....

residente nel Comune di..... (Provincia .....)

cod. fiscale: .....

Indirizzo....., n° .....

tel./cell. ....

**CHIEDE**

Di poter accedere al contributo economico straordinario una tantum destinato alle famiglie con studenti con disabilità certificata residenti nel Comune di Carmignano di Brenta iscritti e frequentanti la scuola d'infanzia, la scuola primaria, la scuola secondaria di prima grado finalizzati al potenziamento del trasporto degli alunni di cui al fondo previsto dall'art. 1 c. 174 L. 234/2021.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

Di essere genitore o soggetto esercente la potestà genitoriale dello studente o studentessa:

(Cognome e nome) .....

Nato/a a..... (Provincia.....), il giorno ...../...../.....

residente nel Comune di..... (Provincia .....)

Indirizzo....., n° .....

[ ] che il minore possiede una condizione di invalidità certificata dalla competente Autorità sanitaria (indicare quale) \_\_\_\_\_ per l'anno 2023 ai sensi della legge n. 104/1992;

che il minore ha frequentato o sta frequentando nel corso dell'anno 2023 la scuola:

Infanzia, denominata \_\_\_\_\_

Primaria, denominata \_\_\_\_\_

secondaria di primo grado, denominata \_\_\_\_\_

che il contributo potrà essere versato mediante bonifico bancario su conto corrente intestato al/alla

sottoscritto/a COD. IBAN \_\_\_\_\_

presso la Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_;

**Mi impegno:**

- ad utilizzare il contributo per il pagamento del trasporto dello studente disabile;
- a fornire a questo Comune ogni informazione o documentazione che mi verrà richiesta e ritenuta utile a giustificare la mia istanza, consapevole che la mancata presentazione potrebbe comportare l'esclusione da erogazioni del beneficio stesso;

Ai soli fini dell'erogazione del beneficio richiesto, autorizzo, ai sensi del Reg.U.E. n. 679/16 e s.m.i, il comune al trattamento dei dati forniti.

Data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

Allego:

- fotocopia documento riconoscimento valido dell'istante