



COMUNE DI SOLESINO

Provincia di Padova

c.a.p. 35047
Codice fiscale: 82005010283
e-mail: servizisociali@comunesolesino.it

Tel. (0429) 771611
Fax (0429) 709564

CHIEDE

il voucher per il trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno 2024) per il suddetto minore con disabilità.

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA

Che il minore _____
- è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con Certificato di Invalidità (specificare la normativa di riferimento)
art. _____, comma _____, della Legge _____,
rilasciato da _____
in data _____

-che detto minore viene trasportato presso l'Istituzione scolastica, con il seguente mezzo

Allega la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;
- copia del Certificato di Invalidità;

Data, _____ firma _____

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento UE 679/2016.

Data, _____ firma _____