

AMBITO TERRITORIALE C10

Comuni di Cancellò Arnone, Carinola, Castel Volturno, Falciano del Massico e Mondragone

MOD. TRASPORTO

All' Ufficio di Piano
Ambito Territoriale C10

ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER TRASPORTO

finalizzato alla frequenza scolastica di studenti disabili presso Istituti secondari di secondo grado o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione – AA.SS. 2023/2024 – 2024/2025

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato/a a _____
_____ il ____/____/____ residente in _____
_____ Via/Piazza _____ n° ____ Tel. _____
_____ E-mail: _____,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità dell'Avviso dell'Ambito Territoriale C10 e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

Visto l'avviso

CHIEDE

- per se stesso;
- nella qualità di rappresentante legale (specificare: _____) di _____ C.F. _____ nato/a a _____ il ____/____/____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° ____
- nella qualità di referente familiare (specificare: _____) di _____ C.F. _____ nato/a a _____ il ____/____/____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° ____

- l'accesso per l'a.s. 2023/2024 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:

dell'istituto scolastico secondario di secondo grado " _____ " sede plesso scolastico di frequenza: Via/Piazza _____ n° ____
Comune di _____ Classe ____ Sezione ____.

Si allega attestato di frequenza.

- l'accesso per l'a.s. 2024/2025 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:

dell'istituto scolastico secondario di secondo grado " _____ " sede plesso scolastico di frequenza: Via/Piazza _____ n° ____
Comune di _____ Classe ____ Sezione ____ nei seguenti giorni e orari

| Giorno | Sì/No | Ora ingresso | Ora uscita |
|-----------|---|--------------|------------|
| Lunedì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Martedì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Mercoledì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Giovedì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Venerdì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Sabato | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |

del corso di formazione professionale “ _____ ” presso l'ente
“ _____ ” sede di frequenza: Via/Piazza
_____ n° _____ Comune di _____ nei seguenti giorni e orari

AMBITO TERRITORIALE C10

Comuni di Cancellò Arnone, Carinola, Castel Volturno, Falciano del Massico e Mondragone

| Giorno | Si/No | Ora ingresso | Ora uscita |
|-----------|---|--------------|------------|
| Lunedì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Martedì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Mercoledì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Giovedì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Venerdì | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Sabato | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |

DICHIARA

- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio di trasporto;
 - che la persona con disabilità interessata al servizio è impossibilitata all'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
 - che il numero di chilometri percorsi giornalmente per raggiungere l'Istituto Scolastico/Ente di formazione è _____ km all'andata e _____ km al ritorno;
 - di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito C10 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere ai fini della concessione del beneficio economico;
 - di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie così come effettivamente erogate dalla Regione Campania, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda C della S.Va.M.Di. evidenzia un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
 - di essere a conoscenza che in ogni caso si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1;
 - di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato al termine dell'anno scolastico solo dopo presentazione di certificato di frequenza dettagliato rilasciato dall'Istituto/Ente di formazione a cui lo studente è iscritto da integrare al presente modulo;
- Si allega (**barrare con una X la casella relativa alla documentazione che si allega**):
- (**obbligatoria**) copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
 - (**obbligatoria**) copia attestato di frequenza per l'a.s. 2023/2024 a un istituto scolastico secondario di secondo grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;
 - (**obbligatoria**) copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2024/2025 a un istituto scolastico secondario di secondo grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;
 - (**obbligatoria**) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
 - (**obbligatoria**) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

per se stesso;

nella qualità di rappresentante legale (specificare: _____)

di _____ C.F. _____

nella qualità di referente familiare (specificare: _____) di

_____ C.F. _____

DICHIARA di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR – General Data Protection Regulation), i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

DICHIARA di essere informato/a dei diritti richiamati nel Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR – General Data Protection

Regulation) di cui agli artt. 12-23;

DICHIARA di essere informato/a che titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C10 e che il Comune interessato dalla presentazione della presente domanda tratterà ugualmente i dati forniti nei limiti delle necessarie comunicazioni con l'Ufficio di Piano;

ESPRIME il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

Firma

_____, ____/____/____
