

Al Comune di Sant'Andrea Del Garigliano
FROSINONE
Ufficio Istruzione

Oggetto: Richiesta contributo per Servizio Trasporto Scolastico alunni con disabilità II° ciclo per l'anno 2025/2026.

Il sottoscritto _____, nato a _____, il ____/____/____,
(Studente)


Esercitante la responsabilità genitoriale dell' alunno:

Cognome _____ Nome _____

data di nascita: _____ luogo: _____

Prov. (_____) frequentante nell' A.S. 2025/ 2026, la seguente

scuola secondaria di II grado:

 _____ con sede in _____ Prov. _____,

Via _____, n. _____

Consapevole delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 DPR 445/2000,

DICHIARA

1. di essere residente nel Comune di Sant'Andrea del Garigliano , provincia di Frosinone in Via _____, n. _____;
2. che la distanza dalla propria abitazione alla sede scolastica è di Km. _____;

CHIEDE

la concessione di un contributo economico, per affrontare le spese di trasporto, dell'alunno _____, per raggiungere la sede scolastica.

ALLEGA

- certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale si esplicita la necessità di trasporto rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L.104 in corso di validità).
- copia documento d'identità del richiedente, in corso di validità.

Recapiti per comunicazioni inerenti la presente dichiarazione:

Telefono _____ e-mail/Pec _____.

Data _____

Firma del richiedente
