

**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