



Spett.le
COMUNE DI BINASCO
SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

OGGETTO: Richiesta rimborso per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado statale o paritaria (anno scolastico 2024/2025).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
provincia di _____ il _____ e residente a _____
in Via _____ n.

codice fiscale _____

indirizzo e-mail _____

tel. _____ cell. _____

in qualità di

- genitore
 persona esercente la potestà genitoriale

di _____ nato/a a _____,

provincia di _____ il _____ e residente a Binasco in

Via

_____ n. _____ codice fiscale _____

CHIEDE

Il rimborso per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado statale o paritaria (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 genitoriali 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 _____

NELL'ANNO 2024:

- è iscritto e ha frequentato nell'anno scolastico **2024/2025** nei mesi (barrare

i mesi di frequenza):

SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Presso la scuola _____ sita in _____
_____ via _____ n. _____

è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificazione ex l. 104/1992, allegata;

non ha usufruito/non usufruisce del servizio di accompagnamento casa/scuola erogato direttamente dal Comune;

e a tal fine

comunica il codice IBAN intestato al richiedente ed afferente ad un conto corrente bancario o Postepay (NO libretti postali) è il seguente _____.

allega la seguente documentazione:

- certificazione disabilità del minore così come definita dalla legge 104/92;
- copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il *rimborso*;
- copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;

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 successive modificazioni e integrazioni.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, riguardante la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e del Regolamento UE 2016/679, i dati personali acquisiti con riferimento al presente avviso saranno raccolti e trattati dal Comune di Binasco, anche attraverso l'inserimento in banche dati e l'elaborazione mediante procedure informatizzate, in esecuzione di obblighi previsti dalla legge o, comunque, per la esclusiva finalità connessa alla gestione di detto rapporto, nonché all'adempimento degli obblighi ed alla tutela dei diritti derivanti dallo stesso.

Data, _____

firma _____