COMUNE DI CAMERI
Piazza Dante Alighieri 27 - C.A.P. 28062 - (NOVARA)
Tel. 0321 511629 - FAX 0321 511650
Part. IVA e Codice Fisc. 00141730036
E-mail: comune.cameri.no@legalmail.it

Al Comune di Cameri
Ufficio Segreteria
P.zza Dante Alighieri n. 25/27
28062 Cameri (NO)
E-mail: segreteria@comune.cameri.no.it

OGGETTO: **Richiesta di contributo economico per il trasporto scolastico di studenti con disabilità residenti a Cameri ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell'a.s. 2024/2025.**

Il sottoscritto/a _____
nato/a il __/__/_____nel Comune di_____, residente in via _____ n._____lett._____int._____CAP_____Comune di _____ Cod. Fisc. _____ Tel/Cell. _____e-mail_____,

in qualità di:

- ☐ Genitore del minore sotto indicato:
  oppure
- ☐ Rappresentante legale/tutore del minore sotto indicato:

Cognome e nome (del minore) _____
nato/a il __/__/_____nel Comune di_____, residente in via _____ n._____lett._____int._____CAP_____Comune di Cameri, Cod. Fisc_____,

CHIEDE

l'erogazione del contributo per il trasporto di studenti con disabilità residenti a Cameri ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell'a.s. 2024/2025.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo e consapevole delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci, previste dallo stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. **di aver preso visione delle condizioni del bando**, in particolare delle modalità di utilizzo del contributo, dei motivi di esclusione e dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR;

2. **che il/la proprio/a figlio/a minore**, come sopra generalizzato, **frequenta, nell'a.s. 2024/2025**:

   ☐ SCUOLA DELL'INFANZIA
   Indicare scuola ed indirizzo: _____

   ☐ SCUOLA PRIMARIA (ELEMENTARI)
   Indicare scuola ed indirizzo: _____

   ☐ SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (MEDIE)
   Indicare scuola ed indirizzo: _____

3. che l'eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale – indicare l'**IBAN**:

Si allegano:

- copia di un documento di identità del richiedente, in corso di validità;
- certificazione rilasciata dalla competente Commissione medica di accertamento della disabilità (L. 104/92 art.3, commi 1 e 3).
- Attestazione ISEE valida fino al 31/12/2024

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

_____