

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Avviso pubblico per la concessione di contributi a titolo di rimborso spese per trasporto in favore di disabili a fini scolastici – anno 2024

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ___/___/19___
(cognome e nome in stampatello) (per gli stranieri indicare lo stato di nascita)

residente nel **Comune di Chiari** alla Via _____ Nr. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ CF: _____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

CHIEDE

Per sé stesso, in qualità di portatore di handicap certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92;

Per _____ nato/a a _____ (____) il ___/___/19___
portatore di handicap certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92, in qualità di (crociare):
 genitore amministratore di sostegno tutore

l'erogazione di un contributo economico a titolo di rimborso spese per:

TRASPORTO A FINI SCOLASTICI presso (specificare scuola) _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

- di aver preso visione** dell'Avviso Pubblico approvato con Determina n. 542/2024;
- di essere portatore di handicap** certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92;
oppure
- che il proprio** figlio-a/ assistito-a _____ è portatore di handicap certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92,

DICHIARA, altresì,

che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto nel seguente modo:

COGNOME E NOME	Data e luogo di nascita	Codice Fiscale	Rapporti con il richiedente

Chiede, inoltre che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato tramite:

- Contanti Accredito su C/C Bancario n° Accredito su C/C postale n°

In caso si opti per accredito su C/C bancario o postale lo stesso deve essere intestato al richiedente

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

intestato a _____ Istituto di Credito _____ Ag. _____

Via _____ n° _____ Telefono _____

ALLEGA

- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del beneficiario;
- Eventuale decreto di nomina di Amministratore di sostegno o tutore legale (o autocertificazione resa come per legge);
- Certificazione attestante lo stato di handicap, di cui all'art. 3 della Legge 104/92 (o autocertificazione resa come per legge);
- Certificazione attestante la frequenza scolastica (o autocertificazione resa come per legge);

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

- di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Chiari potrà effettuare controlli a campione per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di rilascio di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio di che trattasi, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;
- di essere informato/a che, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) 679/2016 ed in ossequio alla normativa vigente, i dati forniti saranno trattati dal Comune di Chiari esclusivamente nell'ambito della presente procedura e saranno oggetto di trattamento mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti relativi all'istanza.

Chiari, lì _____

(firma leggibile)

AUTOCERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

(da compilare qualora l'interessato intenda avvalersene)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____) il ____/____/19____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, con la sottoscrizione della presente

DICHIARA

in sostituzione delle normali certificazioni, i seguenti stati, qualità personali e fatti, ai sensi dell'art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445:

di essere in possesso di **decreto di nomina** di (specificare):

Amministratore di sostegno;

Tutore;

in favore del sig./della sig.ra (cognome e nome) _____ nato a _____ il _____

Rilasciato in data _____ da parte del Tribunale _____ n. _____

di essere, oppure che il beneficiario è in possesso di **Certificazione attestante lo stato di handicap, di cui all'art. 3 della**

Legge 104/92 rilasciato da _____ in data _____

pratica n. _____ rivedibile entro _____;

che **il minore frequenta la scuola** (specificare se dell'infanzia, primario o secondaria di primo grado) _____

Denominata _____, classe _____;

e che ha frequentato per l'anno 2024 l'istituto scolastico con le seguenti giornate di presenza:

gennaio _____ giorni;

febbraio _____ giorni;

marzo _____ giorni;

aprile _____ giorni;

maggio _____ giorni;

giugno _____ giorni;

settembre _____ giorni;

ottobre _____ giorni;

novembre _____ giorni;

dicembre _____ giorni.

Chiari, li _____

(firma)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

**DOMANDA DI CONTRIBUTO ECONOMICO PER SPESE DI TRASPORTO
ISTRUTTORIA**

Richiedente: _____

VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCESSO

	SI o NO	NOTE
Residenza del richiedente nel Comune di Chiari alla data della domanda		
Essere portatore di handicap, certificato ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92		
Frequentante la Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I Grado		

NOTE:

Data fine fase istruttoria _____

Firma del dipendente che ha effettuato le verifiche _____