

## AMBITO TERRITORIALE C10

Comuni di Cancellò Arnone, Carinola, Castel Volturno, Falciano del Massico e Mondragone

### MOD. TRASPORTO

Al Comune di \_\_\_\_\_

**ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER TRASPORTO**  
**finalizzato alla frequenza scolastica di studenti disabili presso Istituti secondari di secondo grado**  
**o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione - A.S. 2017/2018**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_ Tel.  
\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità dell'Avviso pubblico "DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE CAMPANIA N. 102 DEL 9 AGOSTO 2017 - CONCESSIONE CONTRIBUTI AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE CHE FREQUENTANO ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO - A.S. 2017/2018" dell'Ambito Territoriale C10 e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

### CHIEDE

- per se stesso;
- nella qualità di rappresentante legale (specificare: \_\_\_\_\_)  
di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_
- nella qualità di referente familiare (specificare: \_\_\_\_\_)  
di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_

l'accesso per l'a.s. 2017/2018 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:

- dell'istituto scolastico secondario di secondo grado " \_\_\_\_\_ "  
sede plesso scolastico di frequenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ nei seguenti giorni e orari

Giorno	Sì/No	Ora ingresso	Ora uscita
Lunedì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Martedì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Mercoledì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Giovedì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Venerdì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Sabato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

- del corso di formazione professionale " \_\_\_\_\_ " presso  
l'ente " \_\_\_\_\_ " sede di frequenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ nei seguenti giorni e orari

## AMBITO TERRITORIALE C10

Comuni di Cancellò Arnone, Carinola, Castel Volturno, Falciano del Massico e Mondragone

Giorno	Sì/No	Ora ingresso	Ora uscita
Lunedì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Martedì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Mercoledì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Giovedì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Venerdì	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Sabato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

### DICHIARA

- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio di trasporto;
- che la persona con disabilità interessata al servizio è impossibilitata all'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito C10 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere ai fini della concessione del beneficio economico;
- di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda C della S.Va.M.Di. evidenzia un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
- di essere a conoscenza che in ogni caso si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1;

Si allega (barrare con una X la casella relativa alla documentazione che si allega):

- (obbligatoria) copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
- (obbligatoria) copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2017/2018 a un istituto scolastico secondario di secondo grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;
- (obbligatoria) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- (obbligatoria) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

per se stesso;

nella qualità di rappresentante legale (specificare: \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nella qualità di referente familiare (specificare: \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

**DICHIARA** di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03;

**DICHIARA** di essere informato/a che titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C10 e che il Comune interessato dalla presentazione della presente domanda tratterà ugualmente i dati forniti nei limiti delle necessarie comunicazioni con l'Ufficio di Piano;

**ESPRIME** il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

**AUTORIZZA** il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

Firma

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_