



COMUNE DI CAPOTERRA

(Prov. CA)

SERVIZIO ATTIVITA' SOCIALI E SANITARIE

Via Cagliari – 09012 Capoterra (CA) – Tel. 070.7239210 – FAX 070.7239229

e-mail: serviziosociale@comune.capoterra.ca.it

Al Comune di Capoterra
Servizio attività Sociali e Sanitarie

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO PER GLI ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI ISTITUTI SUPERIORI. ANNO SCOLASTICO 2009/2010.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48)

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____ il _____ codice fiscale

_____ residente a _____ in Via _____

tel. abit. _____ eventuale tel. cell. _____ in qualità di _____ dell' alunno/a

_____ nato/a a _____ il _____ codice fiscale

residente a _____ in Via _____ cap _____

domiciliato in (solo se diverso dalla residenza) _____ via _____

iscritto/a al _____ anno sez. _____ dell' Istituto _____

indirizzo di studio _____ sede di _____

Richiamate le sanzioni penali previste dal “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” che all’art.76 stabilisce :

- 1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*
- 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.*
- 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.*

CHIEDE:

per l'alunno/a sopra indicato un contributo per il trasporto da casa a scuola e viceversa ai sensi della L.R. 9/2006 art. 73 comma 1 lett. b) e della Deliberazione G.P. n.403 del 18.12.2009.

ALLEGA:

- Fotocopia della certificazione ex art. 104/92, attestante la patologia e il grado di gravità della stessa (copia leggibile).
- Certificazione rilasciata dalla competente ASL di appartenenza attestante la disabilità, dalla quale si evinca l'impossibilità di una autonoma fruizione dei servizi di trasporto di linea.
- Fotocopia del documento di identità del richiedente.

DICHIARA:

Che il proprio figlio:

* ___ non è in grado di poter utilizzare i mezzi pubblici di trasporto per i seguenti motivi: _____

* ___ negli anni scolastici precedenti ha usufruito del servizio di trasporto fornito dal comune di residenza;

* ___ negli anni precedenti ha usufruito di contributi per sostenere le spese di trasporto erogati dal comune di residenza;

* ___ negli anni precedenti ha usufruito di contributi per sostenere le spese di trasporto erogati dalla provincia;

* ___ che il percorso da casa a scuola e viceversa è quantificabile in KM ___

**(porre una x sullo spazio in caso di risposta affermativa)*

Eventuali comunicazioni utili: _____

Data

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 "codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma
