

Modello A

Al Comune di Alife
Piazza della Liberazione N. 1
protocollo@pec.comune.alife.ce.it

OGGETTO: Richiesta voucher per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2025/2026).

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

indirizzo pec _____ indirizzo e-mail _____

tel. _____ Tel. Cell. _____

IBAN _____

in qualità di ☐ genitore ☐ persona esercente la responsabilità genitoriale (barrare la voce che interessa)

dell'alunna/o _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

iscritto e frequentante nell'anno scolastico 2025/2026 la scuola _____

presso l'Istituto Comprensivo _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

C H I E D E

Il voucher erogato una tantum per il trasporto degli alunni affetti da disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2025/2026) per il suddetto minore.

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 genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

D I C H I A R A

Che il minore _____

è iscritto e frequentante nell'anno scolastico 2025/2026 _____

presso l'Istituto Comprensivo _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità (specificare quale)

☐ ex art. 3, comma 3, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data

☐ ex art. 3, comma 1, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data

Che detto minore è privo di autonomia e viene trasportato presso l'Istituzione scolastica, tragitto A/R ovvero tragitto sola andata o solo ritorno, con un mezzo privato del nucleo familiare o tramite ditta privata

Dichiara, altresì, che la famiglia nella quale è inserito il minore per il quale si richiede il voucher, risiede in _____ all'indirizzo _____

Ed è così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela con il dichiarante

Di essere in possesso di certificazione in corso di validità da cui risulti un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del nucleo familiare nel quale è inserito il minore per il quale si richiede il voucher, come di seguito riportato:

Allega la seguente documentazione: (contrassegnare la voce che interessa)

- ☐ certificazione disabilità del minore così come definita dall'art.3, comma 3, della legge 104/92;
- ☐ certificazione disabilità del minore così come definita dall'art.3, comma 1, della legge 104/92;
- ☐ copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il voucher;
- ☐ copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;

- ☐ Informativa sulla privacy sottoscritta (allegato B)
- ☐ Autodichiarazione sottoscritta dal firmatario dell'istanza in cui si dichiara il plesso frequentato dal minore e la regolare frequenza.

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 Regolamento UE 679/2016 .

Data,_____ firma _____