



**CITTÀ DI SAVIGLIANO**  
(Provincia di Cuneo)

Al Comune di Savigliano  
Corso Roma n. 36  
[comune.savigliano@legalmail.it](mailto:comune.savigliano@legalmail.it)

**Oggetto: richiesta di un contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia. Anno scolastico 2023/2024.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 45, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, **dichiara** sotto la sua responsabilità:

**Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_  
TEL/CELL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																				
IBAN																				

**Generalità dello studente**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																				
DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA O PRIMARIA O SECONDARIA DI PRIMO GRADO																				
VIA/PIAZZA												N. CIVICO								
COMUNE										PROVINCIA										
CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2023/2024										1° 2° 3° 4° 5°										
GRADO (Infanzia/Primaria/Secondaria di 1°grado)																				



**CITTÀ DI SAVIGLIANO**  
**(Provincia di Cuneo)**

**CHIEDE**

che per l'anzidetto/a studente/essa sia concesso un contributo economico forfettario per il suo trasporto scolastico ai fini della frequenza delle attività scolastiche presso l'Istituto scolastico sopra citato.

**DICHIARA**

Che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

- è affetto da disabilità \_\_\_\_\_, certificata ex Legge n. 104/1992;
- è privo di autonomia;
- non usufruisce del servizio di trasporto disabili gestito dal Consorzio Monviso Solidale e non è già titolare di abbonamento annuale per la circolazione gratuita sugli autoservizi di Trasporto Pubblico Locale (TPL);
- è trasportato presso l'Istituzione scolastica con un mezzo privato del nucleo familiare con:
  - tragitto A/R
  - tragitto di sola andata o solo ritorno.

**DICHIARA**

- di aver preso visione integrale e di aver compreso l'Avviso Pubblico per la concessione di un Contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune la mancata frequenza delle attività scolastiche da parte dello studente per un periodo di almeno trenta giorni consecutivi essendo consapevole di essere tenuto, in questa ipotesi, alla restituzione al Comune del contributo mensile percepito.

**ALLEGA**

- fotocopia del documento di identità del richiedente;
- copia leggibile della certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
- fotocopia codice IBAN.
- copia della certificazione ISEE minorenni in corso di validità alla data di presentazione della domanda [**La mancata presentazione della certificazione ISEE o la presentazione di una certificazione non corretta, pur non comportando l'esclusione del richiedente, sono determinanti ai fini della redazione della graduatoria degli ammessi al beneficio.**]

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_