

OGGETTO: BANDO "CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE PER IL TRASPORTO SCOLASTICO IN FAVORE DI ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA, LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO ANNO SCOLASTICO 2024/2025 - (scadenza 13/12/2024)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in
Via/Piazza _____ n. _____ cittadinanza _____ Tel. _____
e-mail _____ .

IN QUALITÀ DI GENITORE/TUTORE

del minore _____ C.F. _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a CIVIDATE CAMUNO (BS) in
Via/Piazza _____ n. _____

DICHIARA

1. che il summenzionato minore è iscritto alla seguente tipologia di servizio educativo:

- Scuola dell'infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola secondaria di primo grado
(barrare una scelta)

Nome istituto _____

tipologia _____ (scuola paritaria, associazione, altro da specificare)

codice fiscale _____ **con sede legale in** _____

Via/Piazza _____ n. _____ telefono _____

Mail/pec _____

2. Che l'alunno per cui viene richiesto il contributo è residente nel Comune di Civate Camuno;

3. Che l'alunno è in possesso di certificazione di disabilità:

- ai sensi della Legge 104/92 art. 3 c. 1;
- ai sensi della Legge 104/92 art. 3 c. 3;

4. Che il pagamento del contributo, venga accreditato sul conto intestato a _____
IBAN _____

ALLEGA

- Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;

DICHIARA INOLTRE

1. di acconsentire al trattamento dei dati personali nei termini e con le modalità ai sensi del D.Lgs. 196/2003;

2. di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, richiamate dall'articolo 76 del D. P. R. 445/2000 e che le notizie fornite rispondono a verità;

3. di essere consapevole che i contributi verranno erogati fino ad esaurimento fondi disponibili e ed in base ai criteri indicati dal bando.

Civate Camuno _____

IL SOTTOSCRITTO
