



COMUNE DI SABAUDIA

PROVINCIA DI LATINA

ALLEGATO B

AL COMUNE DI SABAUDIA
Settore III – Servizi ai cittadini

Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2019/2020. Richiesta rimborso.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale: _____
residente a **SABAUDIA** in via/piazza _____ n. _____
telefono: _____ cellulare: _____
in qualità di genitore (ovvero tutore)
dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale: _____
residente a **SABAUDIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'istituto scolastico
superiore _____
sito in via _____ n. _____
Comune: _____

• possa usufruire del contributo economico per il trasporto scolastico degli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici superiori e, a tal fine,

DICHIARA

di accompagnare personalmente il/la proprio/a figlio/a che frequenta la scuola secondaria di II grado

sita a _____ in via/piazza _____ n. _____
e di percorrere quotidianamente complessivi km (andata e ritorno).

Comunica, altresì, che le coordinate per l'accredito del contributo sono le seguenti:

Banca _____ Agenzia di _____
c/c _____ ABI _____ CAB _____

IBAN _____

Allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992, n. 104) del/la proprio/a figlio/a.



COMUNE DI SABAUDIA

PROVINCIA DI LATINA

Data _____ Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____ Firma _____

Si allega dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 redatta sulla base del modello pubblicato dal Comune di Sabaudia.