

Al Comune di Rovolon

Trasmissione via email/PEC a:

rovolon.pd@cert.ip-veneto.net

oppure

a mano presso l'Ufficio Protocollo nei giorni e orari di apertura (lunedì 9.00-13.00; dal martedì al venerdì 9.00-12.30; mercoledì anche dalle ore 15.30 alle ore 17.00)

OGGETTO: Domanda di contributo per il servizio di trasporto degli studenti con disabilità, privi di autonomia, residenti nel Comune di Rovolon frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado – ANNO 2025.
(Scadenza per la presentazione della domanda: 31 gennaio 2026)

Il sottoscritto/a (cognome e nome)

codice fiscalenato/a ail

residente a in n.

telefono cellulare

e-mail:

in qualità di genitore/tutore

dell'alunno/a (cognome e nome)

codice fiscalenato/a ail

residente a in n.

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei contributi economici per il servizio di trasporto scolastico degli studenti con disabilità, privi di autonomia, residenti nel Comune di Rovolon frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado nell'anno 2025

DICHIARA

1. ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità;
2. di aver preso visione, di conoscere ed accettare integralmente quanto previsto dall'Avviso pubblico di cui a prot. 13432 del 12/12/2025 avente ad oggetto "AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI STUDENTI CON DISABILITÀ, PRIVI DI AUTONOMIA, RESIDENTI NEL COMUNE DI ROVOLON FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO PER L'ANNO 2025";
3. di aver preso visione dell'informativa sulle modalità di trattamento dei dati personali presente nell'avviso succitato;
4. che l'**alunno/a** per il quale si richiede il contributo:
 - a) **è residente** presso il Comune di Rovolon nel periodo per il quale viene richiesto il contributo;
 - b) **è frequentante/è stato frequentante, nell'anno solare 2025**, la/le seguente/i scuola/e (indicare più istituti nel caso lo studente abbia cambiato sede o grado di istruzione durante l'anno):

- scuola:

☐ dell'infanzia (materna) denominata☐ primaria (elementare) denominata☐ secondaria 1° grado (media) denominata

- (eventuale ulteriore) scuola:

- ☐ dell'infanzia (materna) denominata
- ☐ primaria (elementare) denominata
- ☐ secondaria 1° grado (media) denominata

- (eventuale) centro di terapia/riabilitazione:

- ☐ denominazione

- (eventuale) percorso di assolvimento dell'obbligo scolastico mediante istruzione parentale presso il seguente ente-istituto:

- ☐ denominazione

c) è in possesso:

- ☐ della certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3,
- ☐ verbale di invalidità civile;

d) nell'anno solare 2025

- ☐ **non ha aderito** al servizio di trasporto scolastico fornito dal Comune;

- ☐ **ha aderito** al servizio di trasporto scolastico fornito dal Comune:

- limitatamente al periodo dal al

- limitatamente per il tragitto di ☐ andata / ☐ ritorno;

5. che i **giorni di effettiva frequenza** dell'alunno/a nell'anno solare 2025 (escludere i giorni di assenza) sono stati:

MESE	N. GIORNI DI EFFETTIVA FREQUENZA SCOLASTICA
GENNAIO	
FEBBRAIO	
MARZO	
APRILE	
MAGGIO	
GIUGNO	
SETTEMBRE	
OTTOBRE	
NOVEMBRE	
DICEMBRE	
Totale	

CHIEDE ALTESÌ

che l'importo del contributo venga erogato sul seguente conto corrente (c/c) bancario:

[illegible]

Banca.....

Nome cognome intestatario del c/c

Codice Fiscale intestatario del c/c

ALLEGA

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità dei sottoscrittori *(non necessario se domanda sottoscritta con firma digitale)*;
- ☐ verbale di accertamento dell'handicap dell'alunno/a ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3;
oppure
- ☐ verbale di invalidità civile della Commissione invalidi civili.

Luogo, data

_____;

Firma del richiedente

Firma dell'altro genitore*

** Firma non obbligatoria in caso di affidamento esclusivo del minore in capo al richiedente.*

(compilare la sezione sottostante solamente in caso sussista l'affidamento esclusivo)

Il richiedente (cognome e nome)

codice fiscale nato/a a il

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, di avere **l'affidamento esclusivo** del minore per il quale viene richiesto contributo.

Firma del richiedente