

AL COMUNE DI SANT'EUSANIO FORCONESE (AQ)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Oggetto: Legge regionale 78/1978. Trasporto alunni disabili Scuole Superiori – Anno 2027

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____)
in Via/P.zza _____ n° _____
C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
recapito tel. _____ e-mail/pec _____
nella sua qualità di esercente la potestà genitoriale sul/la figlio/a minore
_____ nato/a a _____
_____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____)
in Via/P.zza _____ n° _____
C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Frequentante:

ISTITUTO SCOLASTICO: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____

Distanza Istituto scolastico-Residenza: Km _____

Tipologia di handicap: ☐ Fisico ☐ Psichico ☐ Sensoriale

Riconoscimento L. 104/1992 – Art. 3: ☐ Sì ☐ No

Consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

Che per il trasporto del/della proprio/a figlio/a sceglierà la seguente modalità:

Andata (dalla residenza all'Istituto scolastico)

☐ MEZZO PROPRIO

☐ AUTOBUS

☐ PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO

Ritorno (dall'Istituto scolastico alla residenza)

☐ MEZZO PROPRIO

☐ AUTOBUS

☐ PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO

In caso di trasporto con PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO: Costo giornaliero A/R personale assistente al trasporto €

Essendo la scheda relativa all'intero anno solare 2027, per quanto riguarda il periodo settembre-dicembre 2027, si richiede di barrare una delle seguenti voci:

☐ studenti NON frequentanti il quinto anno e che proseguiranno anche nell'anno scolastico 2027/2028;

☐ studenti iscritti al quinto anno che termineranno il ciclo di istruzione secondaria superiore a Giugno 2027.

Allegati

- copia documento di identità del/la dichiarante;

☐ la seguente documentazione sanitaria rilasciata dalla struttura pubblica competente:

.....

☐ altro

Sant'Eusanio Forconese, lì _____

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE 679/2016, i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad essa collegate

Firma del/la richiedente _____