

PROVINCIA SUD SARDEGNA

Legge Regionale 04.02.2016, n.2 recante "Riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna"

Spett.le Provincia Sud Sardegna
Ufficio Pubblica Istruzione
Via Mazzini n. 39
09013 Carbonia

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO A.S. 2018/19

Il/La sottoscritt _____

nat_ a _____ prov. (____)

il _____, residente a _____ prov. (____)

in Via _____ n. _____, CAP _____ C.F. _____

(compilare se diverso dalla residenza)

domiciliato/a a _____ in Via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____ fax _____

email _____

PEC _____

in qualità di:

padre madre esercente la responsabilità genitoriale

amministratore di sostegno curatore tutore

dell'alunno _____

CHIEDE

L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO TRASPORTO TRAMITE

rimborso abbonamento autobus;

rimborso chilometrico attraverso un contributo economico, pari a 1/5 della benzina, calcolato in base alla tabella del Ministero dello Sviluppo Economico (*solo per gli alunni riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 comma 3 e 1 della legge 104/92 la cui diagnosi funzionale attesti l'impossibilità di utilizzare i mezzi pubblici*);

trasporto tramite ditta di autonoleggio (*solo per gli alunni riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 la cui diagnosi funzionale attesti la necessità di essere accompagnati nell'utilizzo di mezzi pubblici e privati*);

PER L'ALUNNO

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in via _____ n. _____

(compilare se diverso dalla residenza)

Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura

Richiesta di attivazione del servizio di trasporto a.s. 2018/19

TIPO DOCUMENTO: Modulistica

VER.: n. 1 del 19.02.2018

APPROVATO CON: -

AREA: Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura

DIRIGENTE: Dr.ssa Maria Collu

SETTORE: Pubblica Istruzione

RESPONSABILE -

SERVIZIO: Servizio Assistenza specialistica e trasporto

SEDE: via Paganini, 22 - 09025 Sanluri (VS)

TEL.: +39 070 93 56 1

FAX.: +39 070 93 70 383

REDATTO DA: -

C.F. 92121560921

P.I.: 02981030923

E-MAIL Email

domiciliato in _____

Via _____ n. _____ telefono _____

cellulare _____ fax _____ email _____

iscritto/a alla scuola Secondaria di II grado _____ classe _____ sez. _____

con i seguenti orari di frequenza

Giorno	Entrata	Uscita
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

DICHIARA

- di aver preso visione del regolamento relativo ai servizi di supporto all'istruzione;
- di essere a conoscenza che l'erogazione del servizio tramite ditta di autonoleggio verrà garantito esclusivamente agli alunni riconosciuti portatori di handicap ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3, la cui diagnosi funzionale attesti l'impossibilità dell'alunno ad utilizzare i mezzi pubblici e privati di cui ai punti 1 e 2 dell' art. 9.3 del regolamento dei servizi di supporto organizzativo all'integrazione scolastica in favore degli alunni diversamente abili.
- di essere a conoscenza che l'erogazione del servizio tramite rimborso di 1/5 della benzina verrà riconosciuto solo agli alunni riconosciuti portatori di handicap ai sensi della legge 104/92 art. 3, commi 1 e 3, la cui diagnosi funzionale attesti l'impossibilità dell'alunno ad utilizzare i mezzi pubblici.
- di essere informato che il calcolo del contributo chilometrico verrà effettuato moltiplicando il contributo chilometrico per il numero totale dei chilometri percorsi nel tragitto diretto da casa a scuola (una sola andata e un solo ritorno), per ogni singolo studente trasportato. Il contributo a chilometro sarà pari al 70% nel caso di più di uno studente trasportato contemporaneamente.
- di impegnarsi a comunicare per iscritto all'ufficio della pubblica istruzione della Provincia del Sud Sardegna entro il **12 settembre 2018** gli orari di ingresso e d'uscita dell'alunno dall'istituto scolastico;
- di essere a consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

- Fotocopia del verbale rilasciato dalla commissione medica attestante il riconoscimento dei benefici di cui alla legge 104/92 art 3 comma 3 e 1 ;
- Diagnosi funzionale
- Fotocopia del documento d'identità;
- Fotocopia codice fiscale ;
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA¹

¹ N.B.

1. Qualora la firma non sia autenticata, la dichiarazione deve essere corredata da fotocopia (fronte retro), non autenticata di un documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore.
2. I contenuti della presente dichiarazione possono essere sottoposti alla verifica a campione ai sensi del combinato disposto dell'art. 70, comma 1, del D.P.R. n. 554 del 1999, dell'art. 48 del D. Lgs. n. 163/2006 e dell'art. 71 del D.P.R. n.445/2000.

NON MODIFICARE IL TESTO DEL PRESENTE MODULO
Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura

Richiesta di attivazione del servizio di trasporto a.s. 2018/19