

# 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

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

(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 l'impossibilità di utilizzare i mezzi pubblici e privati*);

### PER L'ALUNNO

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura

Richiesta di attivazione del servizio di trasporto

TIPO DOCUMENTO: Modulistica

VER.: n. 1 del 29.09.2011

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 Santuri (VS)

TEL.: +39 070 93 56 1

FAX.: +39 070 93 70 383

REDATTO DA: -

C.F. 92121560921

P.I.: 02981030923

E-MAIL Email

mod. Dichiarazione Sostitutiva x bandi Versione 3.0-4 del 23.12.2010

(compilare se diverso dalla residenza)

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 2017 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;
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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

TIPO DOCUMENTO : Modulistica

VER.: n. 1 del 29.09.2011

APPROVATO CON: -

mod. Dichiarazione Sostitutiva x bandi Versione 3.04 del 23.12.2010

# 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 ASSISTENZA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_

consapevole che non verranno accolte le richieste di attivazione del servizio di assistenza di base e d'incremento delle ore di sostegno didattico.

### CHIEDE l'attivazione del servizio assistenza specialistica per l'alunno

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(compilare se diverso dalla residenza)

domiciliato in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

iscritto/a alla scuola secondaria di II grado \_\_\_\_\_ sede staccata di  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ con i seguenti orari di frequenza:

*Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura*

#### *Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica*

TIPO DOCUMENTO: <i>Modulistica</i>	VER.: <i>n. 1 del 24.03.2017</i>	APPROVATO CON: <i>-</i>
AREA: <i>Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura</i>		DIRIGENTE: <i>Dr.ssa Maria Collu</i>
SETTORE: <i>Pubblica Istruzione</i>		RESPONSABILE: <i>-</i>
SERVIZIO: <i>Servizio Assistenza specialistica e trasporto</i>		SEDE: <i>via Paganini, 22 - 09025 Santuri (VS)</i>
TEL.: <i>+39 070 93 56 1</i>	FAX.: <i>+39 070 93 70 383</i>	REDATTO DA: <i>-</i>
C.F. <i>92121560921</i>	P.I.: <i>02981030923</i>	E-MAIL: <i>Email</i>

Giorno	Entrata	Uscita
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

#### DICHIARA

- che l'alunno è portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/90 art. 3 comma 1 e 3;
- di aver preso visione del regolamento relativo ai servizi di supporto all'istruzione;
- di essere 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 1 e 3
- Diagnosi funzionale attestante la necessità per l'alunno del servizio di assistenza specialistica;
- Fotocopia del documento d'identità;
- Piano educativo individualizzato (PEI);
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 assistenza specialistica*

# PROVINCIA SUD SARDEGNA

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

fac simile autorizzazione al trattamento dei dati

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

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_, 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 automatizzati, che consentiranno la memorizzazione, la gestione e la trasmissione degli stessi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,

## AUTORIZZO

in conformità a quanto previsto ex D.Lgs.n.169/03, il trattamento dei dati personali di qualsiasi natura ivi compresi quelli c.d. sensibili, identificativi e giudiziari.

In fede

# PROVINCIA SUD SARDEGNA

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

(Fac.simile dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000)

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

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni previste in  
caso di dichiarazioni mendaci, con la presente dichiara che  
l'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ non usufruisce  
di agevolazioni economiche regionali finalizzate al raggiungimento dell'istituto scolastico scolastica.

In fede