

Al Comune di Manfredonia

Servizi Sociali

Via San Lorenzo, 47

Pec: serviziociali@comunemanfredonia.legalmail.it

OGGETTO: Richiesta contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore di famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado - Anno 2025.

Istanza e Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

Codice Fiscale _____, residente a _____

in Via _____ n. _____ C.F. _____

Tel. _____ indirizzo pec/email _____

In qualità di:

(barrare la voce che interessa)

☐ genitore

☐ Persona esercente la potestà genitoriale

del /i minore/i _____, nato/i

a _____ prov. (_____) il ____/____/____ e il ____/____/____ e residente/i

a Manfredonia in Via _____ n. _____ C.F. _____ e

C.F. _____, iscritto/i e frequentante/i:

- nell'anno scolastico **2024/2025** (da Gennaio a Maggio) la scuola _____
presso l'Istituto _____, plesso di _____
sito in Manfredonia Via _____
- nell'anno scolastico **2025/2026** (da Ottobre a Dicembre) frequenterà la scuola _____
_____ presso l'istituto _____, plesso
di _____ sito in Manfredonia Via _____

CHIEDE

la concessione di un contributo economico forfettario per il trasporto scolastico del/i minore/i innanzi indicato/i, per la frequenza alle attività didattiche presso l'istituto/gli istituti scolastico/i citato/i.

DICHIARA

- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti è prevista la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e che si procederà, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente (artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445);
- Che il/la/i proprio/a/i, figlio/a/i minore/i come sopra generalizzato/a/i:
 - risiede nel Comune di Manfredonia;
 - è iscritto e frequenta la scuola _____ grado _____
classe _____ scuola _____ ubicata/e nel
Comune di Manfredonia;
 - è affetto da disabilità _____
certificata ex Legge n. 104/1992, come d documentazione allegata alla presente domanda;
 - è privo di autonomia;
 - non usufruisce del servizio di trasporto disabili comunale, e non fruisce di abbonamenti annuali per la circolazione gratuita sugli autoservizi di Trasporto Pubblico Locale (TPL), per quanto previsto;
 - è trasportato presso l'Istituzione scolastica con mezzo privato del nucleo familiare;
 - l'ISEE/ISEE minorenni del nucleo familiare del minore è pari ad € _____, come da documentazione allegata alla presente domanda;

Di prendere atto che il Comune di Manfredonia, al termine dell'anno 2025 e, comunque, entro il 28/02/2026, richiederà all'Istituto Scolastico di appartenenza del proprio figlio/i l'attestazione di frequenza, con la specifica del numero dei giorni di presenza per i mesi gennaio/maggio 2025 relativi all'anno scolastico 2024/2025 e per i mesi ottobre/dicembre 2025 per il successivo anno scolastico 2025/2026, dando atto che in assenza non potrà essere erogato il contributo;

DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso visione integrale e di aver compreso l'Avviso Pubblico per la concessione di un contributo economico forfettario per il trasporto scolastico a favore delle famiglie di studenti con disabilità privi di autonomia, accettandone le condizioni previste;
- di provvedere alla gestione dei servizi privati di trasporto scolastico dello studente suddetto, con i mezzi propri, in maniera autonoma;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune la mancata frequenza delle attività scolastiche da parte dello studente per un periodo inferiore a sette giorni mensili, essendo consapevole di essere tenuto, in questa ipotesi a non aver diritto al contributo in questione per tale mese;
- che quanto dichiarato circa la frequenza del minore a scuola corrisponde alla attestazione rilasciata dall'Istituto scolastico di competenza su richiesta del Comune

- A L L E G A**
- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
 - certificazione disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
 - certificazione ISEE/ISEE minorenni in corso di validità alla data di presentazione della domanda;
 - Autodichiarazione di frequenza relativa ai mesi di gennaio/maggio 2025;
 - altro: _____.

TIPO DI PAGAMENTO	Bonifico Bancario o Postale
CODICE IBAN (27 CARATTERI)	(27 CARATTERI)
ISTITUTO DI CREDITO	
FILIALE DI	

Firma leggibile

Desideriamo informarla, come in esteso riportato nell'avviso pubblico in questione, che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Manfredonia e da eventuali terzi nominativi in qualità di Responsabile del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali. In qualsiasi momento potrà esercitare tutti i suoi diritti scrivendo al Titolare del Trattamento dei dati (Comune di Manfredonia – per il tramite del Settore Servizi Affari Generali e alla Persona – Via San Lorenzo, 47 – 71043 Manfredonia (FG) pec: servizisociali@comunemanfredonia.legalmail.it .

FIRMA