

Al Servizio Sociale
del Comune di Pontoglio

**MISURE DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DI ALUNNI CON DISABILITA' GRAVE
PER L'ORGANIZZAZIONE AUTONOMA DEL TRASPORTO SCOLASTICO –
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO
ANNO 2025**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/____
codice fiscale _____
genitore dell'alunno/a _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/____
residente in Pontoglio in via _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

con riferimento all'Avviso Pubblico: **“Misure di sostegno alle famiglie di alunni con
disabilità grave per l'organizzazione autonoma del trasporto scolastico – scuola
dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado anno 2025”**

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio: **“Misure di sostegno alle famiglie di alunni con disabilità
grave per l'organizzazione autonoma del trasporto scolastico – scuola dell'infanzia, primaria
e secondaria di primo grado anno 2025”**

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di essere consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

- di essere residente a Pontoglio alla data di presentazione della presente domanda;
- di avere uno o più figli frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado;
- che lo/a stesso/a ha una disabilità grave certificata ex art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;
- di essere in regola con i pagamenti verso l'Amministrazione Comunale di Pontoglio; in caso di debiti pregressi verso l'Amministrazione Comunale, sia di natura tributaria che

extra-tributaria, di presentare contestuale domanda di erogazione del contributo a compensazione totale o parziale dei debiti pendenti. Per farlo, compilare il modulo allegato.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza e di accettare quanto stabilito nell'Avviso: **“Misure di sostegno alle famiglie di alunni con disabilità grave per l'organizzazione autonoma del trasporto scolastico – scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado anno 2025”**;
- di possedere i requisiti di partecipazione in esso indicati, confermando la propria disponibilità a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati;
- di non aver ricevuto altri contributi per il trasporto alunni disabili da parte del Comune di Pontoglio;
- di essere consapevole che la domanda incompleta, in quanto carente della copia della carta d'identità o altro documento di riconoscimento valido, è considerata **“NON AMMISSIBILE”** e quindi automaticamente esclusa;
- che il proprio figlio/a (figli) frequenta/no il seguente istituto nell'anno scolastico 2025/2026:

- di essere consapevole che l'ufficio Servizi Sociali potrà attivare controlli a campione sulle dichiarazioni presentate, nella misura di almeno il 10% delle istanze che saranno ritenute ammissibili al beneficio;

RICHIEDE l'accredito dell'importo del contributo sul conto corrente:

Intestatario: _____

Banca /Posta: _____

Agenzia di: _____

IBAN: _____

Pontoglio data _____

IL/LA DICHIARANTE

Si allega alla presente:

- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'alunno/a;
- per i cittadini extracomunitari copia del di titolo di soggiorno valido, oppure copia della ricevuta che attesti l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo del titolo di soggiorno scaduto;
- certificazione di disabilità grave ex art. 3, comma 3, della Legge 104/1992.