

# PROVINCIA SUD SARDEGNA

Legge Regionale 04.02.2016, n.2 - "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 sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

(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*);

## PER L'ALUNNO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(compilare se diverso dalla residenza)

Area Appalti - Contratti - Welfare e Cultura

Richiesta di attivazione del servizio di trasporto

TIPO DOCUMENTO: Modulistica

VER.: n. 1 del 26.02.2019

APPROVATO CON: -

AREA: -

DIRIGENTE: Dr.ssa Maria Collu

SETTORE: Pubblica Istruzione

RESPONSABILE -

SERVIZIO: Pubblica Istruzione

SEDE: Via Mazzini n. 39 Carbonia

TEL.:

FAX.:

REDATTO DA: -

C.F.

P.I.:

E-MAIL [protocollo.cert@provincia.sudsardegna.gov.it](mailto:protocollo.cert@provincia.sudsardegna.gov.it)

domiciliato in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

iscritto\la all'Istituto Secondario di Il grado di \_\_\_\_\_

sede staccata di \_\_\_\_\_ 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 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 e/o un certificato medico 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 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 del Decreto n.101/18 del 10 agosto 2018, 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;
- Fotocopia del documento d'identità del richiedente e del soggetto avente diritto;
- Fotocopia codice fiscale del richiedente e del soggetto avente diritto;
- 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.

**Area Appalti - Contratti - Welfare e Cultura**

**Richiesta di attivazione del servizio di trasporto**

TIPO DOCUMENTO : **Modulistica**

VER.: **n. 1 del 26.02.2019**

APPROVATO CON: **-**

mod. Dichiarazione Sostitutiva x bandi Versione 3.04 del 23.12.2010

PAG.2 DI 2