



COMUNE DI OSPEDALETTO EUGANEO

35045 - PROVINCIA DI PADOVA

Partita IVA 00675340285 – Cod. Fiscale 82002370284 – Tel. (0429) 90683 – Fax 90786

OGGETTO: Richiesta *voucher* per il trasporto degli alunni con disabilità, frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno 2024).

Generalità del **genitore** o della persona esercitante la **potestà genitoriale**

NOME															
COGNOME															
LUOGO E DATA DI NASCITA															
TELEFONO															
E-MAIL															
CODICE FISCALE															
IBAN															

Generalità dell'**alunno**, **dichiarazione di frequenza e dati istituto**

NOME																
COGNOME																
LUOGO E DATA DI NASCITA																
CODICE FISCALE																
GRADO DI SCUOLA FREQUENTATA (infanzia, primaria, secondaria 1° grado)																
DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO																
VIA/PIAZZA											N. CIVICO					
COMUNE											PROVINCIA					
CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2024/2025																

Residenza anagrafica del nucleo familiare

VIA/PIAZZA											N. CIVICO					
COMUNE											PROVINCIA					



COMUNE DI OSPEDALETTO EUGANEO

35045 - PROVINCIA DI PADOVA

Partita IVA 00675340285 – Cod. Fiscale 82002370284 – Tel. (0429) 90683 – Fax 90786

CHIEDE

il voucher per il trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno 2024) per il suddetto minore con disabilità.

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

DICHIARA

Che il minore _____
- è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità (specificare la normativa di riferimento)
art. _____, comma _____, della Legge _____,
rilasciato da _____
in data _____

-che detto minore viene trasportato presso l'Istituzione scolastica, con il seguente mezzo

Allega la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;
- copia certificazione di disabilità L. 104/92 art. 3 per l'anno 2024

Data, _____ firma _____

Il/La sottoscritto/a **autorizza** l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento UE 679/2016.

Data, _____ firma _____