

Allegato "A2" per i COMUNI

SCHEMA DI DOMANDA DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO PROVINCIALE, A FAVORE DEI COMUNI PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI STUDENTI CON DISABILITA' FREQUENTANTI ISTITUTI SCOLASTICI E FORMATIVI DI SECONDO CICLO A.S. 2014/2015.

Il Sottoscritto _____

nato _____ il _____
a _____

nella sua qualità di _____

codice fiscale del comune _____

Partita IVA del comune _____

rivolge istanza al fine di ottenere la concessione di un contributo di €. _____

a titolo di rimborso delle spese sostenute/da sostenersi per il TRASPORTO DI STUDENTI CON DISABILITA' frequentanti la Scuola Secondaria di II grado e percorsi di istruzione e formazione professionale in diritto dovere A.S.2014/15

Il sottoscritto dichiara altresì che:

il trasporto avviene con le seguenti modalità:

del servizio di trasporto hanno usufruito gli studenti beneficiari di cui all'allegato modulo che presentano disabilità con problemi di autonomia certificata (agli atti di questo Ente).

Il sottoscritto attesta, sotto la propria personale responsabilità, la veridicità di quanto dichiarato.

data _____

Referenti:

FIRMA

COMUNE DI _____

Nome e Cognome	Codice Fiscale destinatario	Grado di invalidità accertata (%)	Tipologia disabilità	Scuola/Ente formativo	Classe	Valore ISEE	Tragitto percorso e Distanza KM
			<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> psichica <input type="checkbox"/> sensoriale uditiva <input type="checkbox"/> sensoriale visiva				
			<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> psichica <input type="checkbox"/> sensoriale uditiva <input type="checkbox"/> sensoriale visiva				
			<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> psichica <input type="checkbox"/> sensoriale uditiva <input type="checkbox"/> sensoriale visiva				
			<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> psichica <input type="checkbox"/> sensoriale uditiva <input type="checkbox"/> sensoriale visiva				
			<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> psichica <input type="checkbox"/> sensoriale uditiva <input type="checkbox"/> sensoriale visiva				
			<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> psichica <input type="checkbox"/> sensoriale uditiva <input type="checkbox"/> sensoriale visiva				

Si attesta che i dati relativi studenti beneficiari richiesti verranno trattati nel rispetto del D.lgs 196/2003.

data _____

FIRMA e timbro

Referenti:

COGNOME E NOME		
TELEFONO	FAX	INDIRIZZO E-MAIL