



Città di Torre del Greco

Protocollo Generale

N°

del

All'Ufficio Politiche Sociali
Comune di Torre del Greco

Oggetto:

Richiesta di ammissione al contributo per il servizio di trasporto scolastico per alunno/a diversamente abile frequentante scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di primo grado.

ANNOSCOLASTICO

2024-2025

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|-----------|--|----------------|--|
| Il/La sottoscritto/a | | | | | | | | | | | | | | , Nato/aa | | | |
| | | | | | | | | | | II | | | | | | , residente in | |
| | | | | | | | | | | In via | | | | | | | |
| N° | | Recapi telefonici: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di genitore e/otutore dell'alunno/a:

chiede

ai sensi di quanto previsto dalla Legge n° 104/1992, dalla Legge Regionale n°4/2005, D. Lgs. n° 66/2017, l'ammissione al contributo in oggetto per l'alunno/a di seguito indicato:

GENERALITÀ DELL'ALUNNO/A

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------|--|--|-------------|-----------------|--|--------------|--|--|
| COGNOME | | | | | | | | | NOME | | | | | |
| DATI NASCITA | | | | | | LUOGO DI NASCITA | | | | | | PROV. | | |
| FREQUENTANTE LA: | | | SCUOLA DELL'INFANZIA | | | | | | | | | | | |
| | | | SCUOLA PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| | | | SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO | | | | | | | | | | | |
| | | | CLASSE: | | | | | | | SEZIONE: | | | | |

ISTITUTO/SCUOLA FREQUENTATA

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DENOMINAZIONE: | | | | | | | | | | | | | |
| PLESSO: | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

~ **Di aver preso atto** di quanto stabilito dal vigente Regolamento comunale in materia di diritto allo studio;

~ **Di autorizzare**, nei limiti previsti dalla normativa, il trattamento dei propri dati sensibili e di quelli dell'alunno/a indicato.

Luogo/Data

.....

In fede.

.....

Allega alla presente:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e della Tessera Sanitaria del richiedente;
2. Copia del codice IBAN del richiedente o beneficiario (no libretti postali);
3. Copia della certificazione Legge n.104/1992 dell'alunno/a.
4. Certificazione ISEE anno 2024