

Al Comune di Montecorvino Rovella (SA)

Ufficio Politiche Sociali

protocollo@pec.comune.montecorvinorovella.sa.it

OGGETTO: Richiesta voucher per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2024/25).

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

indirizzo pec _____ indirizzo e-mail _____

tel. _____ Tel. Cell. _____

in qualità di genitore persona esercente la potestà genitoriale (barrare la voce che interessa)

di _____

nato/a a _____, provincia di _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

iscritto e frequentante nell'anno scolastico 2024/2025 la scuola (barrare la voce che interessa)

- infanzia;
 primaria;
 secondaria di primo grado;

presso l'Istituto Comprensivo _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

C H I E D E

Il voucher per trasporto degli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado (anno scolastico 2024/25) 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

D I C H I A R A

Che il minore _____

è iscritto e frequentante nell'anno scolastico 2024/2025 la scuola la scuola (barrare la voce che interessa)

- infanzia;
 primaria;
 secondaria di primo grado;

presso l'Istituto Comprensivo _____

plesso di _____ sito in _____

via _____ n. _____

è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità

ex art. 3, comma 3, della l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data _____

