

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO STRAORDINARIO PER IL TRASPORTO
SCOLASTICO AUTONOMO DI STUDENTI CON DISABILITÀ – ANNO SCOLASTICO
2025/2026**

(Fondi FELS - art. 1, commi 496-501, Legge n. 213/2023)

**AL COMUNE DI CASTELLIRI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ____/____/____ C.F. _____
residente a **Castelliri** (FR) in Via/Piazza _____
n. _____ telefono _____ E-mail / PEC _____
in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore legale ☐ Affidatario
dello studente con disabilità di seguito identificato,

CHIEDE

la concessione del contributo economico straordinario a ristoro parziale delle spese sostenute per il trasporto scolastico autonomo relativo all'anno scolastico 2025/2026.
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o false,

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000:

1. Dati dello studente beneficiario:

o Nome e Cognome: _____

Nato/a a _____ () il ____/____/____ C.F. _____ - _____

Residente a **Castelliri** (FR) in Via/Piazza _____ n. _____

2. Frequenza scolastica nell'a.s. 2025/2026:

Che lo studente sopra indicato ha frequentato nell'anno scolastico 2025/2026 il seguente istituto scolastico:

- o Scuola (specificare se Infanzia / Primaria / Secondaria I grado / Secondaria II grado):

o Nome dell'Istituto: _____

Classe/Sezione: _____

o Sede della Scuola (Comune e indirizzo): _____

3. Requisiti obbligatori di ammissione:

- o Che lo studente è in possesso di idonea certificazione di disabilità in corso di validità rilasciata ai sensi della **Legge n. 104/1992**;
- o Che sussiste l'effettiva necessità di trasporto con mezzo proprio dalla residenza alla sede scolastica e viceversa, a causa della totale assenza di autonomia dello studente;

- o Che il nucleo familiare **non ha percepito altri contributi** di natura pubblica erogati per le medesime spese di trasporto scolastico oggetto della presente istanza;
- o Di essere a conoscenza e di accettare che, qualora l'ammontare complessivo delle domande ammesse superi i fondi statali FELS disponibili, l'importo del singolo contributo **verrà riproporzionato in diminuzione**.

4. Modalità di riscossione del contributo (in caso di accoglimento):

Chiede che l'accredito del beneficio avvenga tramite bonifico sul seguente conto corrente bancario o postale intestato o cointestato al richiedente:

- o IBAN: IT _
_ _ _ _ _
- o Istituto Bancario/Postale: _____
Agenzia di: _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE (A pena di esclusione):

1. Copia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente in corso di validità;
2. Copia del verbale di certificazione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992;
3. Certificazione di frequenza scolastica rilasciata dall'Istituto d'istruzione, attestante l'effettiva iscrizione e frequenza dello studente per l'anno scolastico 2025/2026.

Informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679):

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e acconsente al loro trattamento per le sole finalità connesse alla gestione delle procedure amministrative del presente avviso pubblico.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente