UNIONE COMUNI D’OGLIASTRA(NU)

****

**COMUNE DI LOCERI**

**00_marchio_hd**

**COMUNE DI CARDEDU**

****

**COMUNE DI LANUSEI**

**STEMMA1**

**COMUNE DI ELINI**

**Stemma**

**COMUNE DI BARI SARDO**



**COMUNE DI ILBONO**

SERVIZIO SOCIALE

**OGGETTO: Domanda rimborso chilometrico delle spese per il trasporto effettuato con autovetture private a cura dei familiari degli alunni con disabilità.**

I sottoscritti:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* In caso di unico richiedente il/la sottoscritto/a padre/madre, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del DPR n.445/2000,

**DICHIARA** che \_\_l\_\_ padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta.

**CHIEDONO**

La concessione del rimborso chilometrico delle spese per il trasporto effettuato con autovettura privata a cura dei familiari per l’anno 2024, per l’alunno sotto indicato.

**DICHIARANO**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’ articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell’articolo 47 ( dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ) del DPR 445/200 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative a dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt.75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.).

Che il proprio figlio:

Cognome .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* dal mese di Gennaio a Giugno ha frequentato la scuola Infanzia/ Primaria/ Secondaria di primo grado sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal mese di Settembre a Dicembre sta frequentando la scuola Infanzia/ Primaria/ Secondaria di primo grado sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che dal mese di Gennaio al mese di Giugno ha frequentato numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di lezione;
* che dal mese di Settembre al mese di Novembre ha frequentato numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di lezione;
* che il percorso da casa e scuola, andata e ritorno, è quantificabile in KM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**:

che il versamento del contributo spettante sia effettuato tramite accredito:

C.C. Bancario/Postale

Intestato a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

I sottoscritti dichiarano inoltre:

* di aver preso visione dell’informativa privacy indicata nell’Avviso Pubblico;

Allega alla domanda:

* copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente in corso di validità
* copia del verbale rilasciato dall’INPS attestante la disabilità ai sensi della Legge 104/92

Firma del genitore 1 Firma del genitore 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**

Il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati n. 679/2016.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 Firma del genitore 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_