OGGETTO**: A.S. 2024/2025** Domanda di AGEVOLAZIONE TARIFFARIA al servizio di TRASPORTO scolastico

Il/la sottoscritto/a genitore tutore o affidatario

Cognome Nome

nato/a a il codice fiscale

residente in Via/Piazza

Tel. Mail

del minore

Cognome Nome

nato/a a il codice fiscale

residente in Via/Piazza

che frequenterà per l'Anno Scolastico 2024/2025 la Scuola:

* Infanzia
* Primaria
* Secondaria di I grado

NEL PLESSO DI CLASSE SEZIONE

# CHIEDE

DI ACCEDERE ALLE AGEVOLAZIONI TARIFFARIE PREVISTE PER IL 2024/2025 PER ALUNNI CON DISABILITÀ AI SENSI DELLA L. 104/1992

*ai sensi del DPR 445/2000 consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiere e in falsità di atti*

**DICHIARA**

* di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316,337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

**ALLEGA**

* Copia di documento di riconoscimento in corso di validità
* Copia del verbale di riconoscimento di stato di handicap ai sensi della L. 104/1992 in busta chiusa

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(*ai sensi del Regolamento comunitario 27.04.2016, n.2016/679 de del D.Lgs 30.06.2003, n. 196*)

* Dichiara di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell’Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all’atto della presentazione della pratica.

**DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**