



COMUNE DI DORGALI

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Viale Umberto, 37 – CAP 08022 – Tel. 0784.927242/43/49/50

servizisociali@comune.dorgali.nu.it servizisociali@pec.comune.dorgali.nu.it

PROVINCIA DI NUORO

Al Signor Sindaco del
Comune di Dorgali

Oggetto: Richiesta contributo economico a titolo di rimborso delle spese sostenute per il trasporto di alunni con disabilità e privi di autonomia frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola secondaria di I grado durante l'anno 2025.

La/il sottoscritt_____ nat_ a _____
il _____ e residente a Dorgali in Via _____ n._____
Codice Fiscale _____, recapiti tel._____
email _____

CHIEDE

l'assegnazione a favore del proprio nucleo familiare del contributo in oggetto per il periodo

- ☐ Gennaio - Dicembre 2025
- ☐ Gennaio – Giugno 2025
- ☐ Settembre – Dicembre 2025

A tal fine:

- consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false (art. 76 del DPR 445/2000) e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del DPR 445/2000);
- consapevole che con la presente si presta il consenso al controllo da parte dell'Amministrazione Comunale della veridicità delle dichiarazioni rese, con le risultanze dei dati custoditi dalle competenti Amministrazioni Pubbliche (art 71, comma 3, DPR 445/2000);

DICHIARA

- ☐ di essere cittadino italiano o cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure
- ☐ di essere cittadino immigrato, in possesso di un regolare titolo di soggiorno;
- ☐ di aver preso visione del Bando per l'assegnazione del contributo economico a titolo di rimborso delle spese sostenute per il trasporto di alunni con disabilità e privi di autonomia frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola secondaria di I grado durante l'anno 2025;
- ☐ che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	Ruolo	Rapporto con il richiedente
		richiedente	

- ☐ che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minori portatori di handicap e privi di autonomia (negli spostamenti):

1. _____ nat_ a _____ che ha frequentato nel periodo gennaio giugno 2025 la scuola _____ e nel periodo settembre dicembre 2025 la scuola _____ dell'Istituto Comprensivo G.M. Gisellu;

2. _____ nat_ a _____ che ha frequentato nel periodo gennaio giugno 2025 la scuola _____ e nel periodo settembre dicembre 2025 la scuola _____ dell'Istituto Comprensivo G.M. Gisellu;

Inserire di seguito i dati relativi al minore che eventualmente frequenta la scuola più lontana dall'indirizzo di residenza

- ☐ di aver accompagnato il minore nel periodo gennaio giugno presso la sede della scuola _____ sita in via _____ percorrendo una distanza media di Km _____ per tratta;
- ☐ di aver accompagnato il minore nel periodo settembre dicembre presso la sede della scuola _____ sita in via _____ percorrendo una distanza media di Km _____ per tratta;
- ☐ di non aver beneficiato, per l'anno 2025, di altri contributi concessi per lo stesso scopo e di non aver usufruito di servizi garantiti dall'ente locale;
- ☐ di essere consapevole che il contributo spettante sarà erogato una tantum per l'anno 2025;

- ❖ che il contributo eventualmente assegnato dovrà essere liquidato mediante accredito sul c/c bancario o postale intestato a _____ C.F. _____ Cod. IBAN _____
- ❖ di essere a conoscenza che il **termine ultimo** per la presentazione della presente domanda è fissato al **10/11/2025** e che le domande presentate oltre tale data o non complete saranno considerate **inammissibili**;
- ❖ di essere a conoscenza del fatto che la documentazione richiesta dovrà essere presentata contestualmente all'istanza pena l'inammissibilità nel calcolo del contributo delle certificazioni consegnate in ritardo;
- ❖ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione concernente la presente dichiarazione (comprese quelle relative all'eventuale liquidazione del contributo);

❖ che l'indirizzo al quale far pervenire qualsiasi comunicazione è il seguente:

Si allega:

- Verbale di riconoscimento della condizione di handicap ai sensi della L. 104/92;
- Documentazione attestante l'eventuale difficoltà di deambulazione;
- titolo di soggiorno per i cittadini extracomunitari;
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il beneficio;
- documento bancario contenente l'indicazione del codice Iban da utilizzare per l'accredito.

Dorgali, _____

Firma leggibile

DICHIARA di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, autorizza il COMUNE DI DORGALI al trattamento dei dati personali forniti nell'ambito della presente istanza, per le finalità di cui all'informativa riportata nel Bando, e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto, che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

AUTORIZZA LA RACCOLTA E L'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI, SENSIBILI E PARTICOLARI per le finalità di cui all'informativa sopra riportata.

Dorgali, _____

Firma leggibile
