

DA INVIARE TRAMITE E-MAIL ALL'INDIRIZZO:

g.cassaro@provincia.agrigento.it

Allegato "B"

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELLA PROVINCIA REGIONALE
DI AGRIGENTO DENOMINATA
LIBERO CONSORZIO COMUNALE
AI SENSI DELLA L.R. N.15/2015

PIAZZALE A. MORO,1

92100 AGRIGENTO

C.A. DIRIGENTE DEL SETTORE
POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
E DELL'ISTRUZIONE, SOLIDARIETA'
SOCIALE, TRASPORTI,
PROVVEDITORATO,URP,FORMAZIONE

Domanda per il Trasporto gratuito Alunni Disabili ai sensi dell'art. 3 c. III L. 104/92 per l'anno scolastico 2023/2024 contenente dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46, 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto Genitore/Tutore/alunno (solo se maggiorenne).....
..... cognome nome
data di nascita

Cod. Fiscale n°

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n°445 e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445.

CHIEDE IL TRASPORTO SCOLASTICO GRATUITO

Per l'alunno/a, disabile ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3,.....
..... cognome
nome.....

Cod. Fiscale n°

Nato/a a.....il.....residente in.....

Via.....n°.....Tel.....

E-MAIL.....

Eventuali altri recapiti telefonici.....

Iscritto/a all'Istituto Superiore di Competenza Provinciale: Secondaria di II°
grado.....classe.....
Nome della scuola

Comune di.....

DICHIARA:

(barrare le voci interessate)

☐ Che l'alunno/a è portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3 c. III della L.104/92;

☐ Che è rivedibile in data..... (solo per le nuove istanze o per coloro i quali la disabilità sia stata dichiarata rivedibile dalla competente commissione medica);

☐ Che l'alunno/a è iscritto/a e frequenta un Istituto di scuola media secondaria di 2° grado del territorio della provincia di Agrigento.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA :

Che il servizio di trasporto di cui sopra può di norma essere effettuato attraverso le seguenti modalità:

a) svolgimento da parte del Comune di residenza dell'alunno, con utilizzazione di mezzi e personale messi a disposizione dallo stesso Comune, previa sottoscrizione di apposito accordo con il Libero Consorzio Comunale di Agrigento;

b) Liquidazione direttamente alle Associazioni /Cooperative che hanno reso il servizio iscritte nel Registro provinciale degli Enti, già iscritte agli Albi Regionali Speciali, autorizzate allo svolgimento dei servizi in favore dei portatori di handicap, in possesso, quale caratteristica obbligatoria, sia di mezzi idonei al trasporto di soggetti con handicap che di personale qualificato di assistenza a bordo;

c) rimborso spese alla famiglia dei soggetti interessati che provvedono al trasporto con mezzi propri,

PERTANTO PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO DICHIARA DI SCEGLIERE LA SEGUENTE MODALITA':

- 1) ☐ Trasporto tramite cooperative/associazioni attrezzata con adeguati mezzi e personale;
- 2) ☐ Trasporto in maniera autonoma con mezzo proprio;
- 3) ☐ Trasporto effettuato direttamente da Comune .

☐ **esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☐ **esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell'informativa.

☐ **esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Luogo....., lì FIRMA

Si allega:

- documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

Data.....

Il Richiedente.....