

COMUNE DI MALEGNO

PROVINCIA DI BRESCIA



ALLEGATO "A"

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER SPESE DI TRASPORTO STUDENTI CON DISABILITÀ PER SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2024

Al Comune di Malegno

Ufficio Servizi Sociali

Via Donatori di Sangue, 1 – 25053 Malegno (BS)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Malegno in Via _____

C.F. _____ – Tel. _____

in qualità di:

☐ genitore / ☐ tutore / ☐ studente maggiorenne

CHIEDE

di essere ammesso all'assegnazione del contributo straordinario per spese di trasporto sostenute nell'anno 2024 per la frequenza scolastica del seguente studente con disabilità:

Studente: _____

nato/a a _____ il _____

residente a Malegno in Via _____

frequentante la Scuola _____

con sede in _____

DICHIARA,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

1. che lo studente è in possesso di **certificazione di disabilità generica ai sensi della Legge 104/1992**, art. 3, comma ____;
2. Che per lo studente di cui sopra NON sono stati attribuiti contributi dall'Ambito di Zona (ATSP) o dallo stato per il sostegno al trasporto scolastico
3. che nell'anno 2024 sono state sostenute le seguenti spese di trasporto per la frequenza scolastica di scuole secondarie di secondo grado:
 - Mezzo di trasporto utilizzato: _____
 - Tipologia di spesa: abbonamento / corse singole / trasporto privato
 - Importo complessivo sostenuto: € _____
4. di impegnarsi a presentare la documentazione giustificativa delle spese sostenute (fatture, abbonamenti, ricevute, ecc.);



Comune di Malegno
Via donatori di Sangue n1
c.a.p. 25053
Tel: 0364340500 – 0364344485
Fax: 0364344463
Email: info@comune.malegno.bs.it

COMUNE DI MALENGNO

PROVINCIA DI BRESCIA



-
5. di essere consapevole che il contributo massimo erogabile è pari a € 300,00 per persona;
6. di essere residente nel Comune di Malegno alla data di pubblicazione del bando;
7. di accettare integralmente le condizioni previste dal bando;
8. di essere informato che, in caso di dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

IBAN per l'accredito del contributo:

intestato a _____

Allega:

- ☐ Copia documento d'identità
 - ☐ Certificazione disabilità L. 104/1992 od attestazione disabilità equivalente
 - ☐ Documentazione di spesa
 - ☐ Attestazione ISEE (facoltativa)
-

Data _____

Firma del dichiarante _____



Comune di Malegno
Via donatori di Sangue n1
c.a.p. 25053
Tel: 0364340500 – 0364344485
Fax: 0364344463
Email: info@comune.malegno.bs.it