

- che il proprio figlio/a è residente nel Comune di Escalaplano;
- che l'indicatore della situazione economica equivalente 2026 (ISEE minorenni) del proprio nucleo familiare è pari a: _____ ed è stato rilasciato in data _____ da _____ (in alternativa allegare copia dell'attestazione);
- che il proprio figlio/a è portatore di handicap grave riconosciuto con verbale di accertamento comma 3, art. 3, L. n. 104/1992 in data _____ (che si allega alla presente);
- di non aver usufruito in alcun modo di altro tipo di trasporto scolastico gratuito offerto dalle Istituzioni o ad associazioni di volontariato.

DICHIARANO INOLTRE CHE

Caso A) – art. 3 del bando pubblico:

nell'anno 2025 è stato sostenuto numero di km _____ (giornaliero) per numero giorni (_____) per il trasporto del proprio figlio/a dal Comune di _____ alla sede scolastica _____ (nome dell'istituto scolastico) del Comune di _____;

(allegare certificazione rilasciata dall'Istituto scolastico in merito ai giorni di presenza)

Caso B) – art. 3 del bando pubblico

nell'anno 2025 il proprio figlio/a ha usufruito del servizio di assistenza al trasporto dal Comune di _____ alla sede scolastica _____ (nome dell'istituto scolastico) del Comune di _____, e aver sostenuto una spesa complessiva di € _____ per il periodo dal _____ al _____ come si evince dalle ricevute/fatture allegate alla presente;

(allegare ricevute/fatture della spesa sostenuta)

Caso C) – art. 3 del bando pubblico

nell'anno 2025 si è provveduto a trasportare autonomamente il proprio figlio/a dal Comune di _____ alla sede scolastica _____ (nome dell'istituto scolastico) del Comune di _____ per numero giorni (____);

(allegare certificazione rilasciata dall'Istituto scolastico in merito ai giorni di presenza)

I sottoscritti dichiarano di essere informati, tramite apposita informativa resa disponibile sul sito istituzionale del Comune di Escalaplano e allegata al bando, ai sensi dell'art. 13 e seguenti del Regolamento EU 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa. Conferisce il proprio consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento EU 2016/679, ai soli fini dell'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto.

I sottoscritti chiedono inoltre che il pagamento del contributo concesso avvenga mediante accredito su C/C bancario/postale che deve essere intestato a: _____ (anche cointestato):

IBAN		Istituto Bancario:																							
Paese	CIN E.	CIN	ABI				CAB				Numero c/c														

I sottoscritti dichiarano che il conto sopraindicato è idoneo a ricevere bonifici.

NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI O CARTE PREPAGATE

Si allega:

1. fotocopia dei documenti di riconoscimento dei dichiaranti, in corso di validità;
2. fotocopia dell'attestazione dell'ISEE minorenni in corso di validità rilasciata ai sensi della normativa prevista dal DPCM n.159/2013;
3. eventuali copie delle ricevute e fatture di pagamento del servizio erogato nell'anno 2025;
4. eventuale certificazione rilasciata dall'Istituto in merito ai giorni di presenza;
5. verbale di accertamento dell'handicap art. 3, L. n. 104/1992, in corso di validità;
6. Altro (specificare) _____

Escalaplano, lì _____

I RICHIEDENTI

Firma primo genitore

Firma secondo genitore