**ALL. A** (utilizzare esclusivamente questo modulo)

**AL COMUNE di BARI**

**Ripartizione Politiche Educative e Giovanili**

**Istanza di partecipazione**

Da presentare **entro le ore 10:00 del 20 dicembre 2024** con le modalità indicate nell’Avviso Pubblico.

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI A SUPPORTO DELLE FAMIGLIE CHE ORGANIZZANO AUTONOMAMENTE IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER MINORI IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL’INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO. AA.SS. 2023/2024 – 2024/2025.**

Il/La sottoscritto/a ………….…………..………………………………………….…………………………………………………….

nato/a a ………….…………..………………………………………….……………… il ………………………….…………………..…

residente a Bari in ……………….…………………………………………………………….…………………………. n. ...…….

Codice fiscale ……………………………………………………………………..

Telefono: ……………………………………..…………………... E-mail: ………………………………………………………………

Documento di identità n. ………………………… rilasciato da ……….…………….………….. in data .……………

In qualità di genitore/tutore di (nome e cognome) ……………………..…………..…………………………………

nato/a a ………….…………..………………………………………….……………… il ………………………….…………………..…

residente a Bari in ……………….…………………………………………………………….…………………………. n. ...…….

Documento di identità n. ………………………… rilasciato da ……….…………….………….. in data .……………

**RICHIEDE**

l‘erogazione del contributo destinato alle famiglie, finalizzato a sostenere l’onere economico sopportato dalle medesime per la gestione in via autonoma del trasporto scolastico (tragitto casa-scuola/scuola-casa) dell’alunno/a in condizione di disabilità, residente nel territorio comunale e frequentante la scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di primo grado statale o paritaria avente sede anche fuori dal territorio comunale

**DICHIARA**

consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

1. che il minore è riconosciuto, ai sensi della normativa vigente, in condizione di disabilità con:

□ certificazione rilasciata dalla competente Commissione INPS ex art.3 L. 104/1992, commi 1 e 3;

□ verbale di accertamento medico-legale per l’individuazione della condizione di disabilità;

□ certificato diagnostico rilasciato dall’ASL di osservazione di una diagnosi di disabilità;

**B.** che il minore con disabilità sopraindicato ha frequentato la scuola:

*(barrare il tipo di scuola, indicarne il nome per esteso ed il Comune in cui si trova)*

□ dell’infanzia, presso l’istituto …………………………………………………… con sede in…………………………

□ primaria, presso l’istituto ………………………………………………………... con sede in…………………………

□ secondaria di primo grado, presso l’istituto …………………………… con sede in…………………………

Nel periodo relativo al:

*(barrare una o più scelte)*

□ anno scolastico 2023/2024 (mesi gennaio-giugno 2024);

□ anno scolastico 2024/2025 (mesi settembre-dicembre 2024);

□ nei soli mesi di: …………………………………………………………………………………………… dell’anno 2024;

**C.** di non aver usufruito, nel periodo indicato al precedente punto B), del servizio di trasporto scolastico per alunni in condizione di disabilità erogato direttamente dal Comune di Bari e di aver organizzato autonomamente il servizio di trasporto scolastico, per il minore con disabilità presso la scuola sopraindicata attraverso (*indicare le modalità: es. mezzo proprio, ecc.)* ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**D.** di aver preso visione di tutte condizioni previste dall’*“AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI A SUPPORTO DELLE FAMIGLIE CHE ABBIANO ORGANIZZATO AUTONOMAMENTE IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER MINORI IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL’INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO”;*

**E.** di trovarsi nelle condizioni soggettive ed oggettive indicate nella presente domanda, impegnandosi a produrre, a richiesta, ove necessario, l’idonea documentazione, qualora si tratti di documentazione non acquisibile da altre Pubbliche Amministrazioni;

**F.** di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga relativamente ai requisiti dichiarati nella presente domanda.

**COMUNICA**

I dati bancari per l’accredito del contributo:

- conto corrente intestato**\*** a: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

-codice IBAN …………………………………………………………………………………………………………………..

***\**** *il conto deve essere intestato o co-intestato al soggetto che sottoscrive la presente istanza*

**ALLEGA**

Alla presente domanda:

**1.** copia di un documento di identità in corso di validità del minore per il quale si richiede il contributo;

**2.** copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell’istanza;

**3.** copia di:

* certificazione rilasciata dalla competente Commissione INPS ex art.3 L. 104/1992, commi 1 e 3;

in alternativa

* verbale di accertamento medico-legale per l’individuazione della condizione di disabilità;

in alternativa

* certificato diagnostico rilasciato dall’ASL di osservazione di una diagnosi di disabilità in favore dell’alunno/a.

**4.** ALL. B - INFORMATIVA PRIVACY (compilata nelle parti riservate all’espressione del consenso).

Data: ……………………………………

Firma per esteso e leggibile: ………………………………………