



Gestore dei servizi conferiti dai Comuni,
di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese,
Faenza, Riolo Terme e Solarolo

Allegato 1)

AI SETTORE SERVIZI ALLA COMUNITÀ – SERVIZIO ISTRUZIONE

COMUNE DI CASTEL BOLOGNESE: DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE IN VIA SPERIMENTALE PER L'ANNO SCOLASTICO 2023-2024 DI RISORSE PER IL SOSTEGNO AL PERCORSO CASA-SCUOLA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DEL COMUNE DI CASTEL BOLOGNESE.

(Delibera di Giunta del Comune di Castel Bolognese n. ...del.....)

(compilare con i dati relativi al GENITORE /TUTORE dello studente disabile)

Cognome e Nome _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____

Prov. _____ cap. _____ Via n. _____

Tel. Codice Fiscale _____

indirizzo e-mail _____ tel. _____

CHIEDE

Per

(compilare con i dati relativi allo studente disabile)

Cognome e Nome _____ nato/a a _____

Codice Fiscale _____

grado di parentela _____

di partecipare all'Avviso pubblico per l'assegnazione di contributi a supporto degli oneri economici ed organizzativi sostenuti dalle famiglie per la mobilità casa – scuola, degli studenti con disabilità certificata, residenti nel Comune di Castel Bolognese frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado del Comune di Castel Bolognese;

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o utilizzo di atti falsi e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art 75 del D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

1) di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con Deliberazione della Giunta del Comune di Castel Bolognese n. del

che la persona disabile, per cui è richiesta domanda di contributo, risulta:

2) residente nel Comune di _____;

3) iscritto e frequentante l'Istituto _____;

4) essere in possesso della certificazione di disabilità, ai sensi della L. 104/1992 rilasciata dall'Ente preposto al riconoscimento (allegare copia);

5) essere in possesso della certificazione di disabilità grave, ai sensi della L. 104/1992, art. 3, comma 3 rilasciata dall'Ente preposto al riconoscimento (allegare copia);

6) risiedere a _____ mt/Km dal plesso scolastico frequentato.

ALLEGA

1. copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/1992 rilasciata dall'Ente preposto al riconoscimento;
2. documento d'identità del beneficiario del contributo e del richiedente (per i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea: documento di soggiorno in corso di validità);

MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO

Accredito su C/C bancario o C/C postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Codice fiscale dell'intestatario del conto _____

Codice IBAN: _____

CONTROLLI

L'Unione della Romagna Faentina, per conto del Comune di Castel Bolognese provvede ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall'art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi dell'art.46 del medesimo DPR. Qualora dai sopracitati controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, l'Amministrazione provvederà, ai sensi dell'art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l'atto di decadenza dal beneficio eventualmente conseguito dal richiedente e al recupero delle somme indebitamente percepite.

La domanda, firmata e completa di tutti gli allegati necessari dovrà pervenire con le modalità indicate nell'Avviso pubblico **entro e non oltre le ore 13:00 del**

Castel Bolognese,

Firma _____