



## COMUNE DI VEDANO OLONA

### DOMANDA DI CONTRIBUTO

#### IL DICHIARANTE (genitore o adulto esercente la responsabilità genitoriale)

<b>Cognome e Nome</b>																		
<b>CODICE FISCALE</b>																		
Nato/a a			il			Nazione (se nato all'estero)												
Residente a:			Prov.	Indirizzo e numero civico			CAP											
Indirizzo mail:																		

#### DEGLI ALUNNI

<b>Cognome e Nome</b>																	
<b>CODICE FISCALE</b>																	
<b>Cognome e Nome</b>																	
<b>CODICE FISCALE</b>																	
<b>Cognome e Nome</b>																	
<b>CODICE FISCALE</b>																	

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decaduta dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,



## COMUNE DI VEDANO OLONA

### CHIEDE

- di essere ammesso al riconoscimento del contributo di natura economica finalizzato al sostegno delle spese di trasporto scolastico disabili sostenute nel 2023 in forma autonoma erogato dal Comune di Vedano Olona;

### A TALE FINE DICHIARA DI

- essere residente nel Comune di Vedano Olona alla data di pubblicazione del bando;
- disporre di un ISEE minorenni in corso di validità
- Valore ATTESTAZIONE ISEE €** \_\_\_\_\_
- PROTOCOLLO INPS-ISEE n.** \_\_\_\_\_
- non avere morosità o pendenze di alcuna natura nei confronti del Comune di Vedano Olona;
- avere una morosità con in corso piano di rateizzazione regolarmente ottemperato;
- che l'eventuale contributo dovrà essere versato sul seguente conto:

<b>IBAN</b>	_____
<b>Intestato a</b>	_____
<b>Banca</b>	_____
<b>Filiale di</b>	_____

### DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che l'Area Servizi alla Persona provvederà ai fini dell'erogazione del contributo alla verifica presso la banca dati INPS del certificato ISEE minorenni del nucleo familiare ai fini del presente bando;

### DICHIARA ALTRESÌ, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di aver preso visione e letto attentamente l'Avviso Pubblico relativo alle condizioni di erogazione dei contributi
- Di acconsentire al trattamento dei propri dati personali a norma di quanto prescritto dalla legge sulla Privacy ai sensi del Reg. UE 2016/679 art.13 e dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, raccolti a seguito della compilazione della presente istanza al fine esclusivo dell'attivazione del servizio richiesto e come da informativa privacy di seguito sottoscritta;
- Di essere a conoscenza che il Comune può effettuare controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000;
- Di informare tempestivamente l'Ufficio Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede il contributo;



## COMUNE DI VEDANO OLONA

### ALLEGÀ

- COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ
- VERBALE COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP RILASCIATO DAL CENTRO MEDICO LEGALE INPS DI COMPETENZA IN CORSO DI VALIDITÀ AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992
- VERBALE RILASCIATO DAL COLLEGIO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP AI SENSI DEL DPCM N. 185 DEL 23 FEBBRAIO 2006
- VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE

Vedano Olona, lì \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2023

FIRMA leggibile

---