



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

All'Ufficio di Piano – Ambito Territoriale Sociale N23

Comune di Nola capofila

Piazza Duomo, n. 1 - 80035 Nola (NA)

PEC: pszn23@pec.comune.nola.na.it

ALLEGATO A – MODELLO DI DOMANDA

RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO/VOUCHER PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI STUDENTI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO – ANNO SCOLASTICO 2026/2027.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____ Codice Fiscale _____

_____ ; residente a _____ (____) in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ ;

E-mail/PEC _____ ;

in qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Affidatario

CHIEDE

l'assegnazione del beneficio (contributo economico / voucher) per il trasporto scolastico in favore dello studente di seguito indicato, frequentante una scuola secondaria di secondo grado per l'anno scolastico 2026/2027:

Cognome e Nome Studente:

Nato/a a: _____ () il _____

Codice Fiscale Studente: _____

Scuola frequentata nell'A.S. 2026/2027:

Sede/Indirizzo della Scuola: _____ Comune: _____

_____ ;

Classe: _____ Sezione: _____

DICHIARA

Regione Campania – Provincia di Napoli

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitré – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo

Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino – Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel. 081 /18182109; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci:

- Di essere residente, alla data di presentazione della presente domanda, nel Comune di _____, facente parte dell'Ambito Territoriale Sociale N23;
- Che il proprio nucleo familiare possiede un'attestazione ISEE (ordinario o minorenni) in corso di validità pari a € _____;
- Che lo studente sopra indicato è iscritto, per l'anno scolastico 2026/2027, alla scuola secondaria di secondo grado sopra specificata;
- Che la distanza chilometrica calcolata per il tragitto casa/scuola (andata e ritorno) rientra nella seguente fascia [barrare la casella corrispondente]:
Fino a 10 Km
 - ☐ Oltre i 10 km e fino a 20 km
 - ☐ Oltre i 20 km e fino a 30 km
 - ☐ Oltre i 30 km
- Che lo studente è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992:
 - ☐ art. 3, comma 3 (situazione di gravità)
 - ☐ art. 3, comma 1
- Che lo studente, in ragione della propria condizione di disabilità, non è autonomo negli spostamenti necessari per il tragitto casa-scuola e necessita di accompagnamento da parte della famiglia ovvero del ricorso ad un servizio di trasporto;
- [] (Opzionale) Che lo studente necessita dell'utilizzo continuativo della sedia a rotelle (condizione che dà diritto alla maggiorazione del 50% del contributo);
- Che la famiglia provvede in autonomia all'accompagnamento a scuola dello studente tramite trasporto privato o servizio alternativo a quello comunale;
- Di accettare senza riserve tutte le condizioni e le prescrizioni previste dall'Avviso Pubblico.

E SI IMPEGNA:

- in caso di ammissione al contributo economico a titolo di rimborso, a produrre, secondo le modalità e nei termini che saranno comunicati dall'Ufficio di Piano, la documentazione attestante l'effettiva spesa sostenuta per il trasporto scolastico e la certificazione rilasciata dall'Istituto scolastico attestante l'effettiva frequenza dello studente e i relativi giorni di presenza;
- in caso di ammissione al beneficio mediante voucher, a rispettare le modalità di utilizzo e le ulteriori disposizioni che saranno successivamente comunicate dall'Ufficio di Piano.

Regione Campania – Provincia di Napoli

Piano Sociale di Zona Area Nolana - Ambito Territoriale Napoli Ventitré – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Nola – Camposano - Carbonara di Nola – Casamarciano - Cicciano - Cimitile – Comiziano - Liveri – Roccarainola – San Paolo

Belsito - Saviano - Scisciano – Tufino – Visciano Ente partner: ASL NA 3 Sud

Comune Capofila - Nola, C. F. 84003330630 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona - Piazza Duomo, 1 - Nola

Tel. 081 /18182109; Pec. pszn23@pec.comune.nola.na.it



Comune di Nola capofila



Ufficio di Piano

[Da compilare solo in caso di opzione Contributo Economico/Rimborso]

Chiede che l'eventuale contributo economico venga accreditato sul seguente conto corrente bancario o postale (NB: Non sono validi i libretti di risparmio):

IBAN: IT _____

Intestato a (deve corrispondere al richiedente o al beneficiario maggiorenne):

ALLEGA ALLA PRESENTE [Barrare i documenti effettivamente allegati]:

- ☐ Copia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente in corso di validità;
- ☐ Copia del codice fiscale dello studente beneficiario;
- ☐ Copia del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della Legge 104/1992 (art. 3, comma 1 o comma 3) in corso di validità;
- ☐ (Solo in caso di uso di sedia a rotelle) Certificazione medica del Medico di Medicina Generale o dello specialista di struttura pubblica attestante tale necessità;
- ☐ Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Attestazione di iscrizione scolastica rilasciata dall'istituto superiore o dichiarazione sostitutiva di certificazione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (GDPR 2016/679)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____, espresso edotto delle informative di legge, esprime il proprio consenso esplicito al trattamento dei dati personali e particolari (sanitari) forniti con la presente istanza, per le sole finalità connesse all'istruttoria amministrativa e all'erogazione del beneficio richiesto, secondo quanto specificato nell'Articolo 9 dell'Avviso Pubblico.

[] Acconsento

Data _____

Firma del richiedente _____

