

COMUNE di AGORDO COMUN de AGORT

Provincia di Belluno



Al Comune di Agordo

agordo@comune.agordo.bl.it

OGGETTO: richiesta di contributo per la concessione di contributi economici per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado. Anno 2026.

Il/La sottoscritto _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente in Agordo in

Via _____ n. _____

telefono n. _____ indirizzo di posta elettronica _____

In qualità di _____

dell'alunno/a:

Nome e Cognome _____

nato/a _____ a Prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente in Agordo in Via

_____ n. _____

CHIEDE

di usufruire del contributo economico per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado nell'anno 2026.

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o di formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, richiamati gli articoli 75 e 76 del Decreto del Presidente del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA

- l'alunno per cui viene richiesto il contributo è residente nel Comune di Agordo;



Piazzale Guglielmo Marconi, 1 - 32021 AGORDO (BL) Tel. 0437/62295 – 63949 – Fax 0437/65019
C.F./P.I. 00103340253 - e-mail: agordo@comune.agordo.bl.it PEC: comune.agordo.bl@pecveneto.it
Internet: www.comune.agordo.bl.it



COMUNE di AGORDO COMUN de AGORT

Provincia di Belluno



- l'alunno risulta regolarmente iscritto all'anno scolastico _____ presso l'Istituto: _____;
- l'alunno è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della legge 104/92 **art. 3** (allegare copia certificato);

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite, anche tramite la Guardia di Finanza e altri enti pubblici; ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, vi è la decadenza dai benefici conseguenti a provvedimenti emanati sulla base di una dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

che il pagamento del contributo venga reso disponibile:

con accredito sul conto corrente intestato a _____

IBAN _____

Presso la banca/posta _____

Per quanto non espressamente indicato nella domanda, si fa riferimento ai contenuti dell'avviso, che si dichiara di conoscere e di accettare.

AGORDO _____

IL/LA RICHIEDENTE

Allegati:

- copia documento d'identità del richiedente;
- copia documento d'identità o del codice fiscale dell'alunno;
- copia certificazione ai sensi della Legge 104/1992;



Piazzale Guglielmo Marconi, 1 - 32021 AGORDO (BL) Tel. 0437/62295 – 63949 – Fax 0437/65019
C.F./P.I. 00103340253 - e-mail: agordo@comune.agordo.bl.it PEC: comune.agordo.bl@pecveneto.it
Internet: www.comune.agordo.bl.it

