Spett.le Comune di San Vito Romano
Area Socio - Culturale

OGGETTO: **Richiesta trasporto scolastico degli alunni con disabilita' residenti frequentanti gli istituti scolastici secondari di 2° grado statali o paritari o i percorsi triennali di IeFP. Anno scolastico 2017/2018.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il_____ e residente in San Vito Romano in Via/Piazza _____n._____ tel_____ genitore di _____ frequentante l'Istituto Scolastico di Istruzione di 2° grado o percorso triennale di IeFP _____ sito nel Comune di _____ Via/Piazza _____n. ____ distante dalla propria abitazione n. _____ chilometri, consapevole che il contributo regionale potrà coprire un massimo di 30 Km complessivi tra andata e ritorno per ogni giornata di frequenza e comunque non potrà essere superiore ad € 2.500,00 (euroduemilacinquecento/00) annui per utente (pari a € 0,40/Km).

C H I E D E

la concessione del contributo economico finalizzato al trasporto scolastico presso il suddetto istituto per l'anno scolastico 2017/2018.
Allega alla presente:

- Certificazione di disabilità rilasciata dalla ASL (Legge 104/1992) del figlio avente diritto;
- Fotocopia documento identità del genitore che sottoscrive la richiesta di contributo.

Si impegna altresì, entro 15 giorni dal termine dell'anno scolastico, a produrre presentandolo al protocollo dell'Ente, il certificato rilasciato dall'istituto scolastico che attesti gli effettivi giorni di frequenza dello studente.

San Vito Romano,lì _____

Firma