CITTÀ DI MORBEGNO
(prov. di Sondrio)
Via S.Pietro, 22 - 23017 MORBEGNO (SO)

Al Comune di Morbegno

Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO RISERVATO ALLE FAMIGLIE DI ALUNNI DISABILI FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL'INFANZIA, LE SCUOLE PRIMARIE E LE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO GRADO (COMMA 174 DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE N. 234 DEL 30 DICEMBRE 2021); ANNO 2025

Il/la
sottoscritto/a_____

Cognome Nome

Nato/a a_____il_____

Codice
fiscale_____

Residente a MORBEGNO Via_____

Recapito
telefonico_____

Mail
_____

Genitore dell'alunno _____

Portatore di disabilità, come da documentazione in possesso;

Frequentante la Scuola _____

ubicata nel Comune di _____

CHIEDE

Di poter beneficiare del contributo di cui al comma 174 dell'articolo 1 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021

CITTÀ DI MORBEGNO
(prov. di Sondrio)
Via S.Pietro, 22 - 23017 MORBEGNO (SO)

CITTÀ DI MORBEGNO
(prov. di Sondrio)
Via S.Pietro, 22 - 23017 MORBEGNO (SO)

A tal fine dichiara che il minore:

- ☐ è residente nel Comune di Morbegno;
- ☐ è beneficiario dell'indennità di accompagnamento;
- ☐ è in condizioni di disabilità grave art 3 comma 3 L. 104/92;
- ☐ è in condizioni di disabilità art 3 comma 1 lg.104/92;
- ☐ e' beneficiario della Misura B1

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- □ Fotocopia documento di identità del genitore o del tutore
- □ Fotocopia carta identità del minore
- □ Certificazione invalidità/disabilità
- □ Stampa coordinate IBAN con nominativo intestatario

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

1-di aver preso visione dei contenuti del Bando contributo trasporto alunni disabili anno 2025, indetto dal Comune di Morbegno, per l'assegnazione di contributo ai sensi del comma 174 dell'articolo 1 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021;

2-di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà ad effettuare i controlli sulle domande presentate;

3-di autorizzare il Comune di residenza al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della richiesta.

In fede

DATA _____

IL DICHIARANTE _____