

# **COMUNE DI SAN BARTOLOMEO VAL CAVARGNA**

PROVINCIA DI COMO

Via Trieste 11 – 22010

Tel. 0344 66123

E-mail: [ragioneria@comune.sanbartolomeovalcavargna.co.it](mailto:ragioneria@comune.sanbartolomeovalcavargna.co.it)

PEC [comune.sanbartolomeovc@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.sanbartolomeovc@pec.regione.lombardia.it)

**Al Comune di**

**San Bartolomeo Val Cavargna (CO)**

**OGGETTO: ISTANZA PER ACCEDERE AI CONTRIBUTI DESTINATI ALLE FAMIGLIE CHE NELL' ANNO 2025 ABBIANO PROVVEDUTO AUTONOMAMENTE AL TRASPORTO DEI FIGLI DISABILI, FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA E LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO (DECRETO MINISTERIALE 21.02.2025)**

I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a San Bartolomeo Val Cavargna, in

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ carta d'identità nr.

\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ in

data \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

in qualità di : ☐ genitore ☐ affidatario ☐ tutore

di: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

carta d'identità nr. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di beneficiare del contributo destinato alle famiglie che nell'anno 2025 abbiano provveduto autonomamente al trasporto dei figli con disabilità, frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola

---

primaria e la scuola secondaria di primo grado, statale o paritaria, finanziato dai fondi ministeriali, secondo i criteri di accesso fissati dalla Giunta Comunale con Delibera n. 17 del 29/04/2024;

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 decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

### DICHIARA

Che il minore (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

☐ è residente nel Comune di San Bartolomeo Val Cavargna alla data del 04.12.2025, data di pubblicazione dell'Avviso;

☐ è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificazione ex L. 104/1992, allegata;

☐ è stato iscritto e ha frequentato l'anno scolastico 2024/2025 presso la scuola:

☐ dell'infanzia \_\_\_\_\_

☐ primaria \_\_\_\_\_

☐ secondaria di primo grado \_\_\_\_\_ sita a

\_\_\_\_\_

☐ è iscritto e frequenta l'anno scolastico 2025/2026 presso la scuola:

☐ dell'infanzia \_\_\_\_\_

☐ primaria \_\_\_\_\_

☐ secondaria di primo grado \_\_\_\_\_ sita a

\_\_\_\_\_

☐ Di aver effettuato autonomamente o a proprie spese il trasporto del minore a scuola, tragitto A/R, per i mesi di frequenza nell'anno solare 2025, senza fruire di altri contributi o servizi a finanziamento pubblico;

- ☐ Di aver informato l'altro genitore/affidatario/tutore della presentazione della presente istanza e di aver acquisito il suo consenso;
- ☐ Di essere l'unico genitore/affidatario/tutore esercente la potestà genitoriale;

E A TAL FINE,

Comunica per l'eventuale erogazione del beneficio, che il codice IBAN intestato al richiedente è il seguente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega la seguente certificazione:

1. Certificazione attestante lo stato di handicap del minore ai sensi della Legge n. 104/1992;
2. Modulo sull'informativa del trattamento dei dati personali, compilato e sottoscritto dal richiedente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA: 02 MARZO 2026</b>
--