



## COMUNE DI SACROFANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Prot. 10191

Del 20/07/23

### AVVISO ALLA CITTADINANZA TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI CON DISABILITA' ANNO 2023/2024

Vista la Determinazione della Regione Lazio n. G08779 del 23.06.2023;

Viste le Linee Guida A.S. 2023/2024 aventi ad oggetto “Svolgimento del servizio di trasporto scolastico degli alunni con disabilità residenti nella Regione Lazio e frequentanti le Istituzioni Scolastiche secondarie di II grado statali o paritarie o i Percorsi Triennali di IeFP. Anno Scolastico 2023/24”;

Vista la DdR S2 n. 89 del 05.07.2023

Vista la DdR S2 n. 100 del 20.07.2023 ;

Si comunica che:

Il Comune intende raccogliere istanze al fine prevedere la concessione di contributi economici forfettari calcolati su base chilometrica per le famiglie di studenti con disabilità frequentanti le scuole del II ciclo a.s. 2023/2024, in funzione del numero dei giorni di presenza a scuola certificati dall'istituto di riferimento, previo riconoscimento da parte della Regione Lazio dei fondi necessari.

Si comunica che, in presenza di disponibilità di risorse regionali, potrà essere previsto un contributo aggiuntivo in caso di trasporti particolarmente complessi dovuti a disabilità grave (art. 3, comma 3 L. 104/92) o condizioni di particolare isolamento certificate dal Comune.

Gli interessati potranno presentare una domanda scritta tramite apposita modulistica predisposta dall'Ufficio Servizi Sociali, che dovrà essere corredata da:

**SETTORE PER LE POLITICHE SOCIALI – SCUOLA – SANITA'**

Largo Biagio Placidi, 1 - 00060 Sacrofano (RM) - ☎ CENTRALINO: 069011701; DIRETTO: 0690117012 ☎ 069086143

e-mail: [ass.soc@comunedisacrofano.it](mailto:ass.soc@comunedisacrofano.it) pec: [ass.soc@pec.comunedisacrofano.it](mailto:ass.soc@pec.comunedisacrofano.it)

[www.comunedisacrofano.it](http://www.comunedisacrofano.it)

C.F. 80199310584 P.IVA 02133151007



## COMUNE DI SACROFANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

- 1) certificato ASL (verbale di accertamento dell'handicap ex L.104 in corso di validità) attestante la disabilità e la diagnosi funzionale;
- 2) fotocopia documento di identità e codice fiscale del dichiarante;
- 3) copia codice Iban del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale ai fini dell'accreditamento del beneficiario.

Le domande dovranno essere presentate entro e non oltre il **25/07/2023 ore 12,00** presso L'Ufficio Protocollo del Comune;

Per ogni informazione in merito al presente avviso rivolgersi all'Ufficio Scuola, recapito telefonico:

- 0690117037 / 0690117012.



**IL RESPONSABILE**  
Dott.ssa Ambra Niglia

*Ambra Niglia*

SETTORE PER LE POLITICHE SOCIALI – SCUOLA – SANITA'

Largo Biagio Placidi, 1 - 00060 Sacrofano (RM) - ☎ CENTRALINO: 069011701; DIRETTO: 0690117012 ☎ 069086143

e-mail: [ass.soc@comunedisacrofano.it](mailto:ass.soc@comunedisacrofano.it) pec: [ass.soc@pec.comunedisacrofano.it](mailto:ass.soc@pec.comunedisacrofano.it)

[www.comunedisacrofano.it](http://www.comunedisacrofano.it)

C.F. 80199310584 P.IVA 02133151007

Da compilare da parte dell'alunno o della famiglia o del tutore dello studente disabile.

**RICHIESTA PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER IL TRASPORTO SCOLASTICO PER GLI ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE DEL SECONDO CICLO STATALI O PARITARIE O I PERCORSI TRIENNALI DIIeFP -ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

**Al Comune di Sacrofano**

**Ufficio Servizi Scolastici**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48)

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ (valida ai fini di notifica)  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno sez. dell'Istituto \_\_\_\_\_  
indirizzo di studio \_\_\_\_\_ sede via \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

per l'alunno/a sopra indicato la concessione di un contributo:

per il trasporto scolastico in forma completa (andata e ritorno) o parziale (solo andata o solo ritorno, solo in alcuni periodi dell'anno scolastico);

**DICHIARA**

che il percorso da casa a scuola -andata e ritorno - è quantificabile in KM \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

che l'intervento di trasporto dello studente sopraindicato è estremamente complesso ed oneroso per i seguenti motivi:

disabilità grave art.3 comma 3 L. 104/92

condizione di particolare isolamento territoriale o complessità del trasporto di seguito indicata:

\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

1. Certificazione di disabilità e diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
2. Fotocopia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne;
3. Copia codice Iban del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale ai fini dell'accreditamento del beneficiario.

Data

Firma

---

---

**Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del nuovo regolamento (UE), 2016/679 sulla privacy.**

Firma

---