



**CITTA' DI ALBANO LAZIALE**  
*Città metropolitana di Roma Capitale*  
**Settore III – Servizio I – Politiche educative**  
Via San Francesco, 10 – Tel. 0693295273 – 437 – 432  
e-mail: servizi.scolastici@comune.albanolaziale.rm.it  
pec: protocollo@pec.comune.albanolaziale.rm.it

## MODULO DI DOMANDA

Al Comune di Albano Laziale  
Settore III Servizio I

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE SECONDARIE DI II CICLO (SUPERIORI) STATALI O PARITARIE - ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (DPR 28/12/2000, n. 445, art. 47 e art.48)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ **dell'alunno/a** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
iscritto/a al \_\_\_\_ anno, Sezione \_\_\_\_ 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)
- parziale (solo andata o solo ritorno)

**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 leggibile della certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3, attestante la minorazione singola o plurima che ha ridotto gravemente l'autonomia personale, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativa e globale nella sfera individuale in quella relazionale;
3. Fotocopia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne.

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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.**

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per informazioni sul presente Avviso Pubblico  
rivolgersi all'Ufficio dei Servizi Scolastici:  
Tel. 0693295273 – 437 – 432  
e-mail: servizi.scolastici@comune.albanolaziale.rm.it