



# COMUNE DI SANTA VENERINA

Città Metropolitana di Catania

Settore II

**ALLEGATO C**  
**All'Ufficio Pubblica Istruzione**  
**del Comune di Santa Venerina**

## ISTANZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a Santa Venerina in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

In qualita' di \_\_\_\_\_ dell'alunno:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a Santa Venerina in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Di usufruire del contributo economico per il servizio di trasporto scolastico in favore di alunni con disabilita' frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e secondaria di primo grado – anno 2024.

*A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o di formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non pin corrispondenti a verità, richiamati gli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità'*

## DICHIARA CHE ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA:

l'alunno per cui viene richiesto il contributo è residente nel Comune di Santa Venerina;

l'alunno risulta regolarmente iscritto all'Anno 2024 presso l'Istituto/i:

\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

l'alunno è in possesso di certificazione di disabilita' (**allegare copia**) ai sensi della L. 104/92:

**art. 3 co. 1;**

**art. 3 co. 2;**

**art. 3 co. 3;**

