



COMUNE DI LISCATE

Città Metropolitana di Milano

Largo Europa, 2 – 20050 Liscate (MI)
Tel. 02/95.05.15.1
scuola.liscate@unioneaddamartesana.it
Cod. Fisc. 83503450153 – Part. I.V.A. 06724920159

MODULO PER RICHIESTA EROGAZIONE VOUCHER A SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ DI STUDENTI CON DISABILITÀ'

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
codice fiscale _____
residente a Liscate in via _____
Recapito telefonico _____ Mail _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

in qualità di (genitore/tutore...) _____

- che il minore (nome/cognome) _____
frequenta l'anno scolastico 2025/2026 presso l'istituto _____
con sede in _____ nella classe _____
- di provvedere direttamente o tramite un servizio a pagamento al trasporto casa/scuola e viceversa del minore di cui sopra poiché impossibilitato all'utilizzo di mezzi pubblici;
- che il minore di cui sopra è in possesso di certificazione attestante lo stato di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. 196/2003 come novellato dal D.lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

CHIEDE CHE

in caso di assegnazione del contributo il pagamento venga effettuato sul seguente conto:

Intestazione del c/c: _____

Codice IBAN: _____

A tal fine, si allegano i seguenti documenti:

- Copia della certificazione attestante la condizione di disabilità del minore ai sensi della Legge n. 104/1992
- Copia della carta d'identità del richiedente e del minore
- Modulo di iscrizione all'anno scolastico 2025/2026
- Isee Minorenni in corso di validità

Liscate, ____/____/_____-

Firma _____