



COMUNE DI CAIVANO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

VII° SETTORE

ISTRUZIONE/CULTURA/SPORT/SPETTACOLO/

INFORMAGIOVANI/BIBLIOTECA

Tel. 081-8360415 - Fax 0818340001 - P.zza C. Battisti, 1 – 80023 Caivano (NA)
Responsabile: Dott.ssa Anna Damiano - E-mail: a.damiano@comune.caivano.na.it -
pec: istruzione.caivano@asmepec.it

Al Responsabile del VII Settore
Comune di Caivano
Dott.ssa Anna Damiano

ALLEGATO A
DOMANDA PER IL TRASPORTO ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI
FREQUENTANTI LA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA I
GRADO SUL TERRITORIO- ANNO SCOLASTICO 2025/26

RICHIEDENTE

Cognome	Nome
C.F.	Telefono:
Nato/a il:	a:
Comune di Residenza:	Via:

- ☐ Agendo in nome proprio
- ☐ Qualità di GENITORE DEL MINORE/di TUTORE/RAPPRESENTANTE della persona sotto indicata

BENEFICIARIO (solo se diverso dal richiedente)

Cognome	Nome
C.F.	Telefono:
Nato/a il:	a:
Comune di Residenza:	Via:

CHIEDE

L'attivazione del servizio trasporto per gli alunni diversamente abili

Frequenza e orario del servizio

Indicare giorni/mesi/anno _____ Data iniziale del servizio: _____ Data finale del servizio: _____ Orario di partenza dal proprio domicilio: 1. Mattina _____ 2. Pomeriggio _____ Istituto Scolastico: _____ _____ _____	Giorni di svolgimento del servizio. ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ Tutti i giorni andata e ritorno ☐ Solo andata ☐ Solo ritorno Orario di ritorno dal luogo di destinazione 1. Mattina _____ 2. Pomeriggio _____
--	---

Ai sensi della legge n. 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa",

DICHIARA (barrare la voce che interessa)

- ☐ Di essere disabile in SITUAZIONE DI GRAVITA', riconosciuto ai sensi della legge 104/92;
- ☐ Di essere disabile con grado di invalidità uguale o superiore al 74% (sia "semplice" che "complesso"),
- ☐ Di essere disabile NON IN SITUAZIONE DI GRAVITA', riconosciuto ai sensi della legge 104/92 o con grado di invalidità inferiore al 74%, riconosciuto ai sensi della legge 118/71 che abitano da soli o con persona disabile e non hanno alternative di servizi pubblici o di parenti per la proprio mobilità.

DICHIARA altresì

Che il proprio nucleo familiare è così composto: (indicare tutti i membri della situazione di famiglia anagrafica)

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Condizione lavorativa

Di non usufruire di servizi di trasporto per disabili e di non avere la possibilità di provvedere alle proprie esigenze di mobilità con mezzi resi disponibili da familiari,

di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.71 della legge 28/12/2000 n. 445, e consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendano attestazioni false e che le notizie fornite sono complete e veritiere,

che ai sensi dell'art.75 della legge 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere, decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente all'Ufficio VII Settore del Comune di Caivano eventuali variazioni (cambio di residenza, sospensione, cessazione del servizio)

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n.196

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30/06/2003 n.196 che:

- la richiesta di dati è finalizzata alla verifica della sussistenza dei requisiti necessari all'attivazione del servizio di trasporto per gli alunni diversamente abili;
- il conferimento dei dati ha natura obbligatoria nel senso che l'interessato deve rendere le dichiarazioni e la documentazione richiesta;
- la conseguenza dell'eventuale rifiuto di ottemperare a quanto sopra, determina l'impedimento alla costituzione di rapporti con la P.A;

Caivano lì

Firma

Si allega:

- Certificazione di cui alla L.104/92;
- Copia documento di identità valido del richiedente e del beneficiario.

