



Comune di Loano

(Provincia di Savona)

OGGETTO: Richiesta di contributo economico per il trasporto scolastico di studenti con disabilità residenti a Loano ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell'A.S. 2025/2026.

II sottoscritto/a	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
nato/a il// nel Comune d	i			, re	sidente in v	ia
	n	_ lett	int	CAP _		_
Comune di	_ Cod. Fisc				_ Tel/Cell.	
e-mail						,
in qualità di:						
Genitore del minore sotto in	dicato:					
oppure o Rappresentante legale/tutor	e del minore	sotto indi	icato:			
Cognome e nome (del minore)						
nato/a il / / nel Comune	e di				,	
residente in via		n		_ lett	_ int	
CAP Comune di Loar	no, Cod. Fisc.				,	

CHIEDE

l'erogazione del contributo per il trasporto sostenuto di studenti con disabilità residenti nel Comune di Loano ed iscritti presso la scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado nell'A.S. 2025/2026.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo e consapevole delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci, previste dallo stesso DPR 445/2000,

- di aver preso visione delle condizioni del bando, in particolare delle modalità di utilizzo del contributo, dei motivi di esclusione e dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR;
- o che il/la proprio/a figlio/a minore, come sopra generalizzato, ha frequentato nell'A.S. 2025/2026:

□ SCUOLA MATERNA Indicare	scuola	ed	indirizzo: ;					
□ SCUOLA PRIMARIA (Indicare	ELEMENTARI) scuola	ed	indirizzo: ;					
□ SCUOLA SECONDAF Indicare	RIA DI PRIMO GRADO scuola	(MEDIE) ed	indirizzo:					
o che la propria i frequentato dal m		akm	dall'Istituto scolastico					
 che l'eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale – indicare l'IBAN: 								
Si allegano: □ copia di un documento di identità del richiedente, in corso di validità; □ certificazione rilasciata dalla competente Commissione medica di accertamento della disabilità (L.104/92 art.3, commi 1 e 3).								
Luogo e data								
IL RICHIEDENTE								