

CITTÀ METROPOLITANA di BARI

Servizio **CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE**

Via Amendola 189/B 70126 BARI

Tel. 080 5412631- 666 -603- 638

E-MAIL: serviziopolitichesociali@cittametropolitana.ba.it

PEC: politichesociali.provincia.bari@pec.rupar.puglia.it

AMMISSIONE SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO

Al Dirigente

Servizio **CONTROLLO dei FENOMENI**

DISCRIMINATORI- WELFARE

Città Metropolitana di Bari

Via Amendola, 189/B

70126 BARI

Allegato n.1

I sottoscritti _____
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti a _____ via _____,
tel. _____ cell. _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
genitori dell'alunno/a _____,
nato/a a _____ il _____,
iscritto/a alla classe _____ dell'Istituto _____
in _____,

CHIEDONO

che il proprio figlio/a, nell'a.s. 2019/2020, sia ammesso ad usufruire del servizio di trasporto scolastico.

A tal fine allegano la dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti.

Luogo, data

Firma dei genitori

Ammissione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

I sottoscritti _____,
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti in _____ via _____,
genitori dell' alunno/a _____,
consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000,

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non è autosufficiente ed è affetto da patologia che comporta l'impossibilità oggettiva di usufruire dei servizi pubblici di trasporto;
- che sono impossibilitati ad effettuare, direttamente, l'accompagnamento del proprio/a figlio/a a scuola;
- che non vi sono altri familiari conviventi che possano garantire il trasporto a scuola dell'alunno.

ALLEGANO:

- verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica, attestante l'invalidità del/della proprio/a figlio/a ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92;
- diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL, territorialmente competente;
- fotocopia dei propri documenti di riconoscimento.

Firma dei genitori

Luogo, data

CITTÀ METROPOLITANA di BARI
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE
Via Amendola 189/B 70126 BARI
Tel. 080 5412631- 666- 603

E-MAIL: serviziopolitichesociali@cittametropolitana.ba.it
PEC: politichesociali.provincia.bari@pec.rupar.puglia.it

CONFERMA SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO

Al Dirigente
Servizio CONTROLLO dei FENOMENI
DISCRIMINATORI- WELFARE
Città Metropolitana di Bari
Via Amendola, 189/B
70126 BARI

Allegato n.1

I sottoscritti _____
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti a _____ via _____,
tel. _____ cell. _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
genitori dell'alunno/a _____,
nato/a a _____ il _____,
iscritto/a alla classe _____ dell'Istituto _____
in _____,

CHIEDONO

la conferma, in favore del proprio figlio/a, del servizio relativo al trasporto scolastico per l'a.s. 2019/2020.

A tal fine allegano la dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti

Firma dei genitori

Luogo, data

Conferma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

I sottoscritti _____
nati, rispettivamente, a _____ il _____ e
a _____ il _____,
residenti a _____ via _____,
tel. _____ cell. _____,
indirizzo di posta elettronica _____,
genitori dell'alunno/a _____,

consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000,

DICHIARANO

che le condizioni del proprio/a figlio/a, di cui al verbale, rilasciato dalla Commissione medica, attestante l'invalidità ai sensi dell'art.3 della L.n.104/92, permangono, pertanto non è necessario ripresentare la documentazione, già agli atti del Servizio "Controllo dei Fenomeni Discriminatori-Welfare"- Città Metropolitana di Bari.

Luogo, data

Firma dei genitori