

ALLA  
CITTA' DI CAPRIATE SAN GERVASIO  
Piazza della Vittoria n. 4  
24042 CAPRIATE SAN GERVASIO BG

**c.a. AREA SERVIZI ALLA PERSONA-SERVIZI SOCIALI**

Oggetto: **BANDO CONTRIBUTO TRASPORTO SCOLASTICO DISABILI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA 1°. ANNO 2024**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_

iscritto per l'anno scolastico 2023/2024 alla scuola

INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA

NOME e LUOGO della scuola \_\_\_\_\_

**Dichiara** di non aver usufruito del trasporto scolastico comunale.

**Dichiara** di aver preso visione del bando "Contributo trasporto scolastico disabili scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1°. Anno 2024", presente sul sito Istituzionale del Comune di Capriate San Gervasio.

**Dichiara** di aver preso visione all'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

**Allega alla presente:**

*(indicare con una x la documentazione che si allega)*

- fotocopia documento d'identità personale del richiedente
- certificazione disabilità

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_