

**MOD. TRASPORTO**

**All'Ufficio Piano Sociale di Zona Ambito S8**  
**P.zza V. Emanuele n 26**  
**84078 Vallo della Lucania (SA)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2008, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione dell'Avviso pubblico "Servizio di trasporto scolastico per alunni disabili iscritti alla scuole secondarie di II grado di alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2025- 2026"

**CHIEDE**

- per se stesso;
- nella qualità di rappresentante legale (specificare:

\_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_  
 **nella qualità di referente familiare** (specificare:

\_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_

Un contributo/voucher per le spese di trasporto sostenute nell' anno scolastico 2025/2026 nel tragitto casa/scuola e viceversa per raggiungere:

- l'istituto scolastico secondario di secondo grado " \_\_\_\_\_ " sede plesso scolastico di frequenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

Dichiarando di percorrere giornalmente n° \_\_\_\_\_ Km.

**DICHIARA**

- che la persona con disabilità interessata al servizio è impossibilitata all'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio di trasporto;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito S8 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere all'attivazione del servizio;
- di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda C della S.Va.M.Di. evidenzia un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;

**COMUNICA****Che il codice IBAN sul quale accreditare l'eventuale contributo è il seguente**

Intestato a \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale dell'intestatario del conto** \_\_\_\_\_

Esonerando il Piano di Zona dell'ATS S/8 da qualsiasi responsabilità di mancato accredito dovuto a erronea comunicazione.

Si allega:

- 1) copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- 2) copia certificato di iscrizione per l'a. S. 2025/2026 a un istituto scolastico secondario di secondo grado;
- 3) certificazione dei giorni di frequenza rilasciato dall'istituto scolastico;
- 4) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- 5) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio);
- 6) Altro (specificare)

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

## Dichiarazione relativa al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

 per sé stesso; nella qualità di rappresentante legale (specificare:

\_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

 nella qualità di referente familiare (specificare:

\_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

DICHIARA di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

DICHIARA di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/03;

DICHIARA di essere informato/a che titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Salerno 8, e-mail: [protocolloambitos8@gmail.com](mailto:protocolloambitos8@gmail.com)

PEC: [pianosocialedizonavallo@legalmail.it](mailto:pianosocialedizonavallo@legalmail.it)

ESPRIME il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi

AUTORIZZA il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_