



CITTÀ DI MORBEGNO
(prov. di Sondrio)
Via S.Pietro, 22 - 23017 MORBEGNO (SO)

Al Comune di Morbegno
Ufficio Servizi alla persona
contributo.trasporto.disabili@comune.morbegno.so.it

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO RISERVATO ALLE
FAMIGLIE DI ALUNNI DISABILI FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL'INFANZIA,
LE SCUOLE PRIMARIE E LE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO GRADO (COMMA
174 DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE N. 234 DEL 30 DICEMBRE 2021**

Il/la sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

Nato/a a _____ il _____

Codice
fiscale _____

Residente MORBEGNO Via _____

Recapito telefonico _____

Mail _____

Genitore dell'alunno _____

Portatore di disabilità, come da documentazione in possesso;

Frequentante la Scuola _____

ubicata nel Comune di _____

CHIEDE

Di poter beneficiare del contributo di cui al comma 174 dell'articolo 1 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021

A tal fine dichiara che il minore:



CITTÀ DI MORBEGNO
(prov. di Sondrio)
Via S.Pietro, 22 - 23017 MORBEGNO (SO)



CITTÀ DI MORBEGNO
(prov. di Sondrio)
Via S.Pietro, 22 - 23017 MORBEGNO (SO)

- è residente nel Comune di Morbegno;
- è beneficiario dell'indennità di accompagnamento;
- è in condizioni di disabilità grave art 3 comma 3 L. 104/92;
- è in condizioni di disabilità art 1 comma 1 lg.104/92;

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia documento di identità

MODALITA' DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO

Bonifico bancario sul seguente conto corrente: indicare coordinate bancarie (IBAN)

IT _____

Conto corrente intestato a _____

Cf _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

1-di aver preso visione dei contenuti dell'Avviso indetto dal Comune di Morbegno per l'assegnazione di contributo ai sensi del comma 174 dell'articolo 1 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021;

2-di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà ad effettuare i controlli sulle domande presentate;

3-di autorizzare il Comune di residenza al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della richiesta.

In fede

DATA

IL DICHIARANTE
