



COMUNE DI APRILIA
(PROVINCIA DI LATINA)

III SETTORE: SERVIZI SOCIALI

"CARLO E NELLO ROSSELLI"



15 DIC. 2017

APRILIA (LT)

PROT. N. 10843 IV.6

Prot. gen. n. 2017/123015

Aprilia li, 14/12/2017

**AI DIRIGENTI DEGLI ISTITUTI SCOLASTICI SUPERIORI
DI APRILIA**

OGGETTO: Trasporto scolastico degli studenti con disabilità che frequentano le istituzioni scolastiche secondarie di II grado. Anno scolastico 2017 - 2018.

La Regione Lazio ha individuato quale ambito territoriale ottimale per un'efficace organizzazione e gestione del servizio di trasporto scolastico degli alunni disabili del II ciclo quello comunale.

Con deliberazione della giunta comunale n. 306 del 05/12/2017 sono state approvate le modalità, di seguito descritte, adottate da questo Comune in relazione a quanto in oggetto:

- a) per i ragazzi disabili in grado di fruire autonomamente dei servizi pubblici sarà garantito il rimborso alle famiglie delle spese sostenute per l'abbonamento mensile ai mezzi pubblici di trasporto utilizzati per raggiungere l'istituto scolastico superiore frequentato;
- b) per le famiglie che accompagnano e riprendono da scuola il figlio disabile attraverso l'utilizzo di un proprio autoveicolo sarà garantito il rimborso delle spese dalle stesse sostenute. Il calcolo del contributo sarà effettuato sulla base della seguente formula: **numero di giorni effettivi di frequenza scolastica per numero di chilometri percorsi giornalmente (andata e ritorno) per € 0,40 a chilometro percorso** fermo restando che, come stabilito dalla determinazione direttoriale regionale n. G11483 del 10/08/2017 e dalle linee guida ad essa allegate, il contributo per ciascuno studente disabile coprirà un massimo di 30 chilometri complessivi tra andata e ritorno per ogni giornata di frequenza e, comunque, non potrà essere superiore all'importo di € 2.500,00 annui ad alunno;
- c) per gli alunni disabili frequentanti istituti scolastici superiori insistenti sul territorio comunale il trasporto sarà garantito direttamente dall'Ente per mezzo del Settore V: Lavori pubblici e manutenzioni – Ufficio Trasporti

Le domande dovranno essere presentate dalle famiglie interessate all'Ufficio Protocollo dell'Ente entro il **28/02/2018**, indirizzate a: Comune di Aprilia - Settore III: Servizi Sociali, secondo l'apposita modulistica che si allega alla presente.

Le stesse famiglie dovranno, altresì, presentare al Servizio scrivente, entro il **22/06/2018** una certificazione rilasciata dall'Istituto di riferimento attestante il numero di giorni di presenza a scuola.

Si chiede la cortesia di dare massima diffusione alle famiglie interessate.

Cordiali saluti.

La psicologa
Dott.ssa Francesca Melucci

Francesca Melucci



Il dirigente
Dott. Vincenzo Cucciardi

Vincenzo Cucciardi

ALLEGATO A

**Al Comune di Aprilia
III Settore: Servizi Sociali**

**Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2017/2018.
Richiesta rimborso abbonamenti.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____
codice fiscale: _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____
telefono: _____ cellulare: _____ n. _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____
codice fiscale: _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'istituto scolastico superiore _____
sito in via _____
Comune: _____ n. _____

possa usufruire del contributo economico per il rimborso dell'abbonamento per il trasporto scolastico degli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici superiori. A tal fine dichiara che la spesa mensile del viaggio ammonta ad € _____.

Comunica, altresì, che le coordinate per l'accredito del contributo sono le seguenti:

Banca _____ Agenzia di _____
c/c _____ ABI _____ CAB _____
IBAN _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al III Settore: Servizi Sociali entro il 22/06/2018 una certificazione rilasciata dall'Istituto di riferimento attestante il numero dei giorni di presenza a scuola e le copie degli abbonamenti acquistati da settembre 2017 a giugno 2018 per l'utilizzo di mezzi pubblici per il trasporto scolastico del/la proprio/a figlio/a disabile.

Si allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992, n. 104) del/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____

Firma _____

Si allega dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 redatta sulla base del modello pubblicato dal Comune di Aprilia.

ALLEGATO B

**Al Comune di Aprilia
III Settore: Servizi Sociali**

**Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2017/2018.
Richiesta rimborso.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____
telefono: _____ cellulare: _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'istituto scolastico superiore _____
sito in via _____ n. _____
Comune: _____

possa usufruire del contributo economico per il trasporto scolastico degli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici superiori

e, a tal fine, **DICHIARA di accompagnare personalmente il/la proprio/a figlio/a** che frequenta la scuola secondaria di II grado _____
sita a _____ in via/piazza _____ n. _____
e di percorrere quotidianamente complessivi km _____ (andata e ritorno).

Comunica, altresì, che le coordinate per l'accredito del contributo sono le seguenti:

Banca _____ Agenzia di _____
c/c _____ ABI _____ CAB _____
IBAN _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al III Settore: Servizi Sociali entro il 22/06/2018 una certificazione rilasciata dall'Istituto di riferimento attestante il numero dei giorni di presenza a scuola del/la proprio/a figlio/a disabile.

Allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992, n. 104) del/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____

Firma _____

ALLEGATO C

**Al Comune di Aprilia
III Settore: Servizi Sociali**

Oggetto: Trasporto scolastico degli alunni con disabilità frequentanti scuole secondarie di II grado – anno scolastico 2017/2018.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____
telefono: _____ cellulare: _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale: _____
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

che il/la figlio/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto scolastico superiore _____
sito in via _____ n. _____
Comune: **APRILIA**

possa essere accompagnato e ripreso da scuola dal Comune di Aprilia - Settore V: Lavori pubblici e manutenzioni – Ufficio Trasporti.

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al III Settore: Servizi Sociali entro il 22/06/2018 una certificazione rilasciata dall'Istituto di riferimento attestante il numero dei giorni di presenza a scuola del/la proprio/a figlio/a disabile.

Allega certificato rilasciato dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap (legge 05/02/1992, n. 104) del/la proprio/a figlio/a.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003. n. 196.

Data _____

Firma _____

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

in qualità di genitore (ovvero tutore)

dello studente _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / ___
residente a **APRILIA** in via/piazza _____ n. _____

al fine di poter usufruire del servizio di trasporto scolastico per l'anno scolastico **2017 – 2018**, a conoscenza di quanto descritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di accompagnare personalmente lo studente;
- che lo studente frequenta la scuola secondaria di II grado _____ sita a _____ in via/piazza _____ n. _____ e di percorrere quotidianamente complessivi km _____ (andata e ritorno).

OPPURE

- di sostenere le spese di abbonamento pari ad € _____ mensili.
- di essere in possesso dei seguenti documenti:
 - permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno dello studente (in caso di persone straniere non appartenenti all'Unione Europea).

Dichiara inoltre di essere informato che:

- il Comune di Aprilia ha facoltà di richiedere agli uffici preposti la produzione delle certificazioni necessarie ad attestare la veridicità delle dichiarazioni sovraesposte;
- potranno saranno eseguiti controlli per accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Data _____

Firma leggibile del richiedente

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.