|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sociale Professionale_foto_allegato** | **COMUNE DI PONTINIA**  **PROVINCIA DI LATINA**  **04014 - Piazza Indipendenza, 1 - P.I.: 00321860595**  **SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA**  **e-mail: servizisociali@comune.pontinia.lt.it** |  |

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SUPPORTI DIGITALI**

**ALUNNI CON DISABILITÀ RESIDENTI NEL COMUNE DI PONTINIA**

**E FREQUENTANTI LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE STATALI O PARITARIE**

**DI OGNI ORDINE E GRADO O I PERCORSI TRIENNALI DI IeFP . A. S. 2020-2021.**

**Il sottoscritto genitore/tutore**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | | | | | COGNOME | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | | | | | | DATA DI NASCITA | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**dello studente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | | | | | COGNOME | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | | | | | | DATA DI NASCITA | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Residente in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA/N.CIVICO |  | TELEFONO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |
| Telefono |  | | |

**Frequentante la SCUOLA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE | | |  | | | | | | |
| VIA/PIAZZA |  | | | | | NUMERO CIVICO | |  | |
| COMUNE |  | | | | | PROVINCIA | |  | |
| CLASSE FREQUENTATA | |  1  2  3  4  5 | | | | | | | |
| ORDINE E GRADO  DI SCUOLA | | **Infanzia** | | **Primaria** | **Secondaria1° grado** | | **Secondaria**  **di 2° grado** | | **CFP** |

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, di non aver fatto richiesta e di non usufruire di altri contributi regionali stanziati per le medesime finalità;

ALLEGA:

* Copia della certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale rilasciata dalla ASL competente (verbale di accertamento dell’handicap ex L. 104/92 in corso di validità);
* Certificato di iscrizione Istituto Scolastico;
* Documento di identità e C.F. del richiedente (genitore/tutore);
* Documento di identità e C.F. dell’alunno;
* Documentazione fiscale (fatture) comprovante la spesa sostenuta per l’acquisto dei supporti digitali.

Data Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 “codice in materia di protezione dei dati personali”.

Data Firma

*Fp/Am*