

## **CITTÀ METROPOLITANA di BARI**

*Servizio CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE*

*Via Amendola 189/B 70126 BARI*

*Tel. 080 5412631- 666 -603- 638*

**E-MAIL: serviziopolitichesociali@cittametropolitana.ba.it**

**PEC: politichesociali.provincia.bari@pec.rupar.puglia.it**

### **AMMISSIONE SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO**

**Al Dirigente**

Servizio CONTROLLO dei FENOMENI

DISCRIMINATORI- WELFARE

Città Metropolitana di Bari

Via Amendola, 189/B

**70126 BARI**

Allegato n.1

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
nati, rispettivamente, a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_,  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_,

### **CHIEDONO**

che il proprio figlio/a, nell'a.s. 2019/2020, sia ammesso ad usufruire del servizio di trasporto scolastico.

A tal fine allegano la dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti.

Luogo, data

Firma dei genitori

*Ammissione*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

I sottoscritti \_\_\_\_\_,  
nati, rispettivamente, a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residenti in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità  
negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000,

### DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non è autosufficiente ed è affetto da patologia che comporta l'impossibilità oggettiva di usufruire dei servizi pubblici di trasporto;
- che sono impossibilitati ad effettuare, direttamente, l'accompagnamento del proprio/a figlio/a a scuola;
- che non vi sono altri familiari conviventi che possano garantire il trasporto a scuola dell'alunno.

### ALLEGANO:

- verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica, attestante l'invalidità del/della proprio/a figlio/a ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92;
- diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL, territorialmente competente;
- fotocopia dei propri documenti di riconoscimento.

Firma dei genitori

Luogo, data

# **CITTÀ METROPOLITANA di BARI**

Servizio **CONTROLLO** dei **FENOMENI DISCRIMINATORI- WELFARE**

Via Amendola 189/B 70126 BARI

Tel. 080 5412631- 666- 603

**E-MAIL: serviziopolitichesociali@cittametropolitana.ba.it**

**PEC: politichesociali.provincia.bari@pec.rupar.puglia.it**

## **CONFERMA SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO**

**Al Dirigente**

Servizio **CONTROLLO** dei **FENOMENI  
DISCRIMINATORI- WELFARE**

Città Metropolitana di Bari

Via Amendola, 189/B

**70126 BARI**

Allegato n.1

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
nati, rispettivamente, a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_,  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_,

### **CHIEDONO**

la conferma, in favore del proprio figlio/a, del servizio relativo al trasporto scolastico per l'a.s. 2019/2020.

A tal fine allegano la dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000.

Distinti saluti

Firma dei genitori

Luogo, data

*Conferma*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
nati, rispettivamente, a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_,  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000,

### DICHIARANO

che le condizioni del proprio/a figlio/a, di cui al verbale, rilasciato dalla Commissione medica, attestante l'invalidità ai sensi dell'art.3 della L.n.104/92, permangono, pertanto non è necessario ripresentare la documentazione, già agli atti del Servizio "Controllo dei Fenomeni Discriminatori-Welfare"- Città Metropolitana di Bari.

Luogo, data

Firma dei genitori