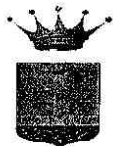
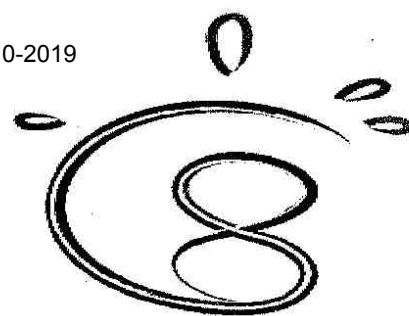


Ambito Territoriale

Capofila Santa Maria Capua Vetere



Santa Maria C.V.



San Prisco



San Tammaro



Curti



Casapulla



S. Maria la Fossa



Grazzanise

AVVISO PUBBLICO

TRASPORTO SCOLASTICO RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ CHE FREQUENTANO ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI II GRADO

Il Comune di Santa Maria Capua Vetere, nella sua qualità di Ente capofila dell'Ambito Territoriale C08, in esecuzione delle decisioni assunte dal Coordinamento istituzionale in merito alla programmazione del Piano di Zona Sociale e della deliberazione di G.C n. 177 del 19.09.2019, con il presente avviso, intende effettuare una ricognizione su tutto il territorio dell'Ambito C08, al fine di conoscere gli studenti con disabilità, che frequentano gli istituti scolastici secondari di secondo grado, e che necessitano del servizio di trasporto per il tragitto casa/scuola e viceversa per l'anno scolastico 2019/2020.

DESTINATARI

Alunni disabili affetti da disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, residenti nei Comuni di S. Maria Capua Vetere, Casapulla, Curti, Grazzanise, San Prisco, San Tammaro e Santa Maria La Fossa e frequentanti un Istituto scolastico secondario di II grado nell'Ambito C08, che risultano:

1. in possesso di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3, e di diagnosi funzionale.
2. non in grado di servirsi dei mezzi pubblici per raggiungere strutture scolastiche/formative;
3. non beneficiari di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio.

MODALITA' DI ACCESSO

Per accedere al servizio, il diretto interessato o un referente familiare, se l'interessato è minorenni o interdetto, può recarsi presso gli uffici servizi sociali del Comune di residenza per verificare il possesso dei requisiti e presentare apposita istanza al Protocollo Generale del Comune di residenza, nei giorni e orari di apertura al pubblico.

Le istanze di accesso al servizio potranno essere presentate, secondo le modalità su indicate, **entro il termine perentorio del giorno 31/10/2019 – ore 12,00.** Le domande presentate oltre il termine di scadenza potranno essere considerate valide solo in caso di disponibilità di posti.

Per ogni ulteriore informazione o chiarimento: ufficio servizi sociali del Comune di residenza oppure Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale C08 – Via Albana ex Mulino Buffolano – S. Maria Capua Vetere (CE), Tel. 0823.844908 – e-mail: ambitoterritorialec8@comune.smcv.it – pec: ambitoterritorialec8@pec.it.

Santa Maria Capua Vetere, 24.09.2019

Il Sindaco/Presidente del Coordinamento Istituzionale
Avv. Antonio MIRRA



**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AL TRASPORTO SCOLASTICO
RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ CHE FREQUENTANO
ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO
ANNO SCOLASTICO 2019/20**

All'Ufficio di Piano Ambito C08

per il tramite del Servizio Sociale del Comune di _____

(Generalità del richiedente)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

In qualità di :

Studente Maggiorene;

Genitore dello/a Studente/ssa;

Tutore dello/a studente/ssa.

(Generalità dello studente da compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

CHIEDE

di usufruire, ai sensi della DGRC n. 423/2016, pubblicata sul BURC n. 52/2016, del servizio di trasporto scolastico per il tragitto casa/ scuola e viceversa, a favore degli studenti diversamente abili che frequentano gli Istituti Scolastici Superiori di secondo grado dell' Ambito C08.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, art. 46, 47, e 76, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) Che lo studente per il quale si chiede il servizio è Cognome _____ Nome _____
residente in _____ alla Via _____
_____ e frequenterà per l'anno scolastico 2019/20 la classe _____
_____ presso l' Istituto _____ via _____
_____ Comune _____ dal lunedì al venerdì
dal lunedì al sabato;
- b) Che la distanza dalla residenza all'Istituto scolastico è di Km _____;
- c) Che lo studente interessato al servizio si trova in una situazione di disabilità certificata dai competenti organi sanitari;
- d) Di non ricevere per l'anno scolastico 2019/20 contributi da altre Pubbliche Amministrazioni per le medesime finalità del servizio in esame;
- e) Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni;
- f) Di essere a conoscenza sulla base delle linee guida regionali, non possono essere diretti destinatari degli interventi gli studenti con disturbi specifici di apprendimento, per i quali si dovranno applicare le modalità di intervento previste dalla legge n. 170/2010 e gli studenti con bisogni educativi speciali che non presentano una certificazione di disabilità ai sensi della legge n. 104/92;
- g) Di essere a conoscenza che l'allegato verbale/ atto/ documento riferito alla certificazione medico sanitaria dello studente _____, prot. n. _____ del _____ è conforme all'originale e che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato
- h) Di aver preso visione e letto l'avviso pubblico e di accertarne integralmente il contenuto.

Data _____

Firma del richiedente

Si allega :

1. copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3, e diagnosi funzionale
2. copia certificato di iscrizione dell'istituto scolastico dell'Ambito C08 frequentato per l'anno scolastico 2019-20;
3. copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
4. 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).
5. ISEE in corso di validità.

La mancanza di uno o più dei suddetti documenti determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione dell'istanza.

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____
 per proprio conto ovvero esercitando la potestà o la tutela del _____
_____ nato a _____ il _____
_____ autorizza, ai sensi della vigente normativa, in particolare del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., il
Comune di _____, nonché il Comune di S. Maria Capua Vetere, Capofila dell'Ambito C08, e
per esso l'Ufficio di Piano, alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali e/o del beneficiario
_____, se diverso, nonché alla comunicazione a terzi dei medesimi dati nell'ambito della procedura di
evidenza pubblica, cui si partecipa con la presentazione della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato al servizio sociale professionale

L'ASSISTENTE SOCIALE _____ del Comune di _____, letta l'istanza prot. n. _____ del _____, a seguito della relativa istruttoria

dichiara non ricevibile l'istanza per la seguente motivazione _____ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

valutata positivamente l'istanza prot. n. _____ del _____, attesta che il beneficiario Cognome _____ Nome _____ frequenta l'Istituto _____ via _____ Comune _____ e si trova in condizioni di poter usufruire del servizio .

A tal fine precisa che il beneficiario frequenterà nell'a.s. 2018-19 l'Istituto _____ con sede in _____ alla Via _____ secondo il seguente orario scolastico:

- Lunedì ore _____ ore _____
- Martedì ore _____ ore _____
- Mercoledì ore _____ ore _____
- Giovedì ore _____ ore _____
- Venerdì ore _____ ore _____
- Sabato ore _____ ore _____

Data

L' ASSISTENTE SOCIALE
