



ALL'UFFICIO DI PIANO  
AMBITO TERRITORIALE S04\_2

CONCESSIONE CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE SPESE DI TRASPORTO DEGLI STUDENTI  
DIVERSAMENTE ABILI CHE FREQUENTANO ISTITUTI SUPERIORI DI SECONDO GRADO DELL'AMBITO  
TERRITORIALE S04\_2.

ANNO SCOLASTICO 2022-2023

**ISTANZA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO**

A. *(generalità dello studente maggiorenne o, nel caso di studenti minorenni e/o sottoposti a tutela, del genitore o del tutore)*

Il/La sottoscritto/a

.....  
(cognome) (nome)

Codice Fiscale .....

Data di nascita.....luogo di nascita.....(Pr.....)

residente in via.....n.....Cap.....

Comune.....(Pr.....) - Tel. ....

*(di seguito il domicilio se diverso dalla residenza)*

Via ..... n. .... Cap..... Comune.....(Pr.....)

Iscritto/a per l'anno scolastico 2022/2023 alla classe .....presso l'Istituto.....

sito in .....alla Via.....

B. *(nel caso di studenti minorenni e/o sottoposti a tutela: generalità dello studente)*

.....  
(cognome) (nome)

data di nascita.....luogo di nascita.....(Pr.....)



residente in via.....n.....Cap.....

Comune.....(Pr.....) - Tel.....

*(di seguito il domicilio se diverso dalla residenza)*

Via ..... n. .... Cap..... Comune.....(Pr.....)

Iscritto/a per l'anno scolastico 2022/2023 alla classe .....presso l'Istituto.....

sito in .....alla via.....

### **CHIEDE**

di essere ammesso alla concessione del contributo.

### **DICHIARA**

- che lo studente interessato all'eventuale beneficio del contributo è affetto da \_\_\_\_\_ (indicare il tipo di handicap) e che il grado di invalidità è del \_\_\_\_\_% (indicare la percentuale di invalidità attribuita dai competenti organi sanitari);
- che la distanza che intercorre dalla residenza o dal domicilio, se diverso dalla residenza, dello studente per il quale si chiede il contributo e la scuola dallo stesso frequentata A/R è di **Km.** \_\_\_\_\_;
- che lo studente per il quale si chiede il contributo non ha già completato un ciclo di studi relativo all'istruzione secondaria di secondo grado;
- di essere consapevole della circostanza che la presentazione della suddetta istanza non determina, in favore del soggetto richiedente il contributo, alcun diritto e/o pretesa al conseguimento dello stesso;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati verifiche e controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

### **ALLEGA**

ai fini dell'istruttoria e della valutazione della presente domanda la seguente documentazione:

- copia del certificato di invalidità/handicap del soggetto per il quale si richiede il contributo rilasciato dai competenti organi sanitari;



- copia di un valido documento di riconoscimento del soggetto firmatario dell'istanza o, nel caso di studente minorenni, copia del documento di identità del genitore o del soggetto esercente su di questi la potestà parentale;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- comunicazione coordinate bancarie/postali del soggetto firmatario dell'istanza (**Allegato B**).

Data.....

Firma del richiedente il contributo

---



### INFORMATIVA

Informativa ai sensi art.13 Regolamento UE 2016/679  
(Regolamento Generale sulla Protezione dei dati)

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Pontecagnano Faiano che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 089/9305398;

E-mail: [maioriello@comunepontecagnanofaiano.sa.it](mailto:maioriello@comunepontecagnanofaiano.sa.it) ;

Indirizzo PEC: [protocollo@pec.comune.pontecagnanofaiano.sa.it](mailto:protocollo@pec.comune.pontecagnanofaiano.sa.it).

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati ai seguenti indirizzi:

E-mail: [rpd@comune.pontecagnanofaiano.sa.it](mailto:rpd@comune.pontecagnanofaiano.sa.it);

Indirizzo PEC: [responsabileprotezionedati@legalmail.it](mailto:responsabileprotezionedati@legalmail.it).

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati viene effettuato con finalità relative all'esecuzione dei compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del **CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE SPESE DI TRASPORTO DEGLI STUDENTI DIVERSAMENTE ABILI** ai sensi dell'art. 6 par.1 lett.e e del Regolamento UE 679/2016. I Suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'Ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per la presente procedura; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile ottenere quanto richiesto.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi le necessità.

Il titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'art.22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n.679/2016.

Lì, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_