



# CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

Alla cortese attenzione dei  
Sig.ri GENITORI  
DEGLI ALUNNI RESIDENTI A GAGLIANO DEL CAPO  
ISTITUTO COMRENSIVO VITO DEL BLASI  
GAGLIANO DEL CAPO

OGGETTO: Servizio Trasporto Scolastico a.s. 2024/2025. Comunicazione relativa all'organizzazione e alle tariffe del servizio.

Si comunica che è in corso di organizzazione il servizio di trasporto scolastico per gli alunni residenti a Gagliano del Capo e che frequentano la Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado.

Si invita a prendere visione attentamente del contenuto dei moduli di iscrizione e a **restituirli DEBITAMENTE COMPILATA in tutti i suoi campi, anche con riferimento ai relativi certificati da allegare (ISEE e eventuale certificato disabilità del minore).**

Con riferimento al costo del servizio si comunica che fino alla fine del mese di **DICEMBRE 2024**, come l'anno scolastico appena concluso, la quota mensile è pari a € 15 euro.

A decorrere invece dal **1° GENNAIO 2025** entreranno in vigore le nuove tariffe ed esenzioni, come di seguito indicato:

<b>Tariffe trasporto scolastico in vigore dal 1° gennaio 2025</b> <b>(approvate con delibera di Giunta Comunale n. 93 del 11 luglio 2024)</b>		
	<b>FASCE ISEE</b>	<b>TARIFFA MENSILE</b>
1.	da euro 0 a euro 3.000,00	<b>ESENTE</b>
2.	da euro 3.000,01 a 7.000,00	<b>€ 5,00</b>
3.	da 7.000,01 a 15.000,00	<b>€ 10,00</b>
4.	oltre 15.000,01	<b>TARIFFA INTERA</b> <b>€ 15,00</b>

Sono state previste inoltre, sempre a decorrere dal mese di Gennaio 2025, le seguenti ulteriori riduzioni ed esonero dal costo del servizio (come da delibera indicata nella precedente tabella):

- per i nuclei familiari con più di due figli che usufruiscono contemporaneamente del trasporto, una riduzione dal terzogenito in poi del 50% della tariffa mensile;
- per gli alunni con disabilità che usufruiscono del trasporto, riconosciuti dalle competenti autorità sanitarie "Portatori di handicaps in situazione di gravità" (art. 3 comma 3) ai sensi della Legge 104/1992 e/o "Minori invalidi con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sie età e/o con necessità di assistenza continua", **l'esonero dal pagamento.**



# CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

Prot. n. \_\_\_\_\_

Gagliano del Capo, \_\_\_\_\_

**AL COMUNE DI GAGLIANO DEL CAPO (LE)**

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**OGGETTO: MODULO RICHIESTA SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO. A.S. 2024/2025**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e **residente** nel Comune di GAGLIANO DEL CAPO Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Cellulare n. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

quale genitore/esercente la patria potestà o altro (specificare \_\_\_\_\_) de\_\_ minor\_\_ di seguito

indicat \_\_

**chiede di usufruire del Servizio TRASPORTO SCOLASTICO:**

**(1)**

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome Minore)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente nel Comune di Gagliano Del Capo in Via \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola:

dell'INFANZIA - **Gagliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

dell'INFANZIA - **Arigliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

PRIMARIA - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

SECONDARIA DI PRIMO GRADO - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

**(2)**

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome Minore)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente nel Comune di Gagliano Del Capo in Via \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola:



# CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

- dell'INFANZIA - **Gagliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- dell'INFANZIA - **Arigliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- PRIMARIA - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- SECONDARIA DI PRIMO GRADO - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

(3)

\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome Minore)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente nel Comune di Gagliano Del Capo in Via \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola:

- dell'INFANZIA - **Gagliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- dell'INFANZIA - **Arigliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- PRIMARIA - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- SECONDARIA DI PRIMO GRADO - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

(4)

\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome Minore)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente nel Comune di Gagliano Del Capo in Via \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola:

- dell'INFANZIA - **Gagliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- dell'INFANZIA - **Arigliano** Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- PRIMARIA - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_
- SECONDARIA DI PRIMO GRADO - Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

## CONSAPEVOLE

ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite in relazione alla presente domanda di iscrizione al servizio trasporto scolastico del proprio figlio/a, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 5, 46 e 47 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a

## DICHIARA

- che il reddito ISEE quale risulta da attestazione in corso di validità allegata **obbligatoriamente** alla presente, è pari ad € \_\_\_\_\_;



# CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

- che più di due figli usufruiscono del servizio di trasporto scolastico (indicare il nome e cognome) \_\_\_\_\_;
- che il minore che usufruisce del trasporto è stato riconosciuto dalle competenti autorità sanitari "Portatore di handicaps in situazione di gravità" (art. 3 comma 3) ai sensi della Legge 104/1992" e/o "Minori invalidi con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sie età e/o con necessità di assistenza continua" (indicare il nome del minore e allegare obbligatoriamente il certificato) \_\_\_\_\_;

## DICHIARA inoltre

1. DI AUTORIZZARE L'AUTISTA e/o L'ACCOMPAGNATORE a prendere e riportare il proprio figlio dai punti di ritrovo stabiliti dal Comune alla Scuola e viceversa;
2. DI IMPEGNARSI, ASSUMENDOSI QUALSIASI RESPONSABILITA' PENALE E CIVILE, a essere presente alla fermata del veicolo ai punti di ritrovo stabiliti, **in alternativa delegare** il seguente Soggetto Maggiore: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

di nascita \_\_\_\_\_ residenza a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_;

DI RISPETTARE GLI OBBLIGHI/DIRETTIVE NAZIONALI contenute nelle "linee guida per il trasporto scolastico dedicato".

## ALLEGA

- Fotocopia del documento di riconoscimento e Codice Fiscale del sottoscritto/a richiedente (**OBBLIGATORIO**);
- Attestazione isee (**OBBLIGATORIO**);
- copia del documento di riconoscimento e codice fiscale dell'eventuale Soggetto delegato;
- Certificato disabilità del minore (solo nel caso di minore disabile);
- Altro \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY GDPR 2016/679

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Gagliano del Capo, \_\_\_\_\_

FIRMA\*

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore richiedente)

\* Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità



# CITTÀ DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326 – 0833-798323

[e-mail:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it](mailto:servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it) Pec:servizisociali.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it

N.B. La presente può essere trasmessa entro il 29 agosto 2024 per posta elettronica all'indirizzo **protocollo.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it** o presentata direttamente all'Ufficio Protocollo del Comune, nei seguenti giorni:

- lunedì, mercoledì e venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 12.00;
- martedì dalle ore 16.30 alle ore 18.30

Per eventuali informazioni (nei giorni e orari predetti): Ufficio Servizi Sociali – tel. 0833-798326.