

Oggetto: Trasporto scolastico alunni con disabilità – A.S. 2023/2024

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

Via/n. _____

telefono _____ e-mail _____

genitore dell'alunno/a disabile _____

residente ad ADRANO, Via/n. _____

iscritto alla classe/sezione _____

dell'istituto scolastico _____

con sede in _____ Via/n. _____

CHIEDE

di usufruire del servizio di trasporto:

- andata e ritorno;
- solo andata;
- solo ritorno;

- indica, al termine del servizio, che il minore sarà accolto:

- personalmente;
- dalla persona;
- di lasciarlo solo a casa al termine del servizio.

Si allega:

- certificazione di disabilità (verbale di accertamento ex L. 104/1992 in corso di validità) in busta chiusa;

- copia dei documenti di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a e dell'alunno disabile.

I dati contenuti nella presente scheda saranno trattati e trasferiti a terzi ai soli fini dell' erogazione del servizio richiesto, nel rispetto del D.lgs. 196/2003 e smi e del Regolamento UE 679/2016.

Il Genitore
