

Oggetto: Trasporto scolastico alunni con disabilità – ANNO 2024/2025

Il/la sottoscritto/a _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
Via/n. _____
telefono _____ e-mail _____
genitore dell'alunno/a disabile _____
o esercente la responsabilità genitoriale _____
residente ad ADRANO, Via/n. _____
iscritto alla classe/sezione _____
dell'Istituto scolastico _____
con sede in _____ Via/n. _____

CHIEDE

- di usufruire del servizio comunale di trasporto:
 - andata e ritorno;
 - solo andata;
 - solo ritorno;

Si allega:

- Certificazione di disabilità (verbale di accertamento ex L. 104/1992 in corso di validità) in busta chiusa;
- Attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- Copia dei documenti di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a e _____ dell'alunno/a 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 o Esercente la responsabilità genitoriale
