

ISCRIZIONE AL TRASPORTO SCOLASTICO PER STUDENTI CON DISABILITÀ

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

DATI DEL/LA FIGLIO/A CON DISABILITÀ

Cognome	Nome			
Luogo di nascita	Data di nascita			
Codice fiscale	Cittadinanza			
Scuola frequentata	Classe frequentata			
Giorni in cui usufruisce del servizio				
<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì
Tipo di disabilità				

RICHIESTA

Chiedo che mio/a figlio/a usufruisca del servizio di trasporto scolastico.

DICHIARAZIONI

Dichiaro che mio/a figlio/a

- è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- non è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
 - Sarà accompagnato dal/la sottoscritto/a.
 - Sarà accompagnato da un'altra persona.

DATI DELL'ACCOMPAGNATORE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	
Relazione con il/la ragazzo/a		
<input type="checkbox"/> Familiare o parente	<input type="checkbox"/> Educatore	<input type="checkbox"/> Altro

- Chiedo contestualmente al Comune che un educatore professionale si occupi del/la ragazzo/a durante il trasporto scolastico.

PERSONE PREDISPOSTE AL RITIRO DEI MINORI

All'arrivo, il/la figlio/a potrà essere ritirato/a dal sottoscritto e dalle seguenti persone.

Cognome	Nome

Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

EVENTUALI NOTE

--

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il richiedente

_____, ____/____/____

ALLEGATI:

- Documentazione attestante la disabilità del/la figlio/a.
- Attestazione ISEE in corso di validità (*facoltativo*).