

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO
PER ALUNNI CON DISABILITA' - ANNO SCOLASTICO 2020/2021**

Il sottoscritt _____
nato a _____ il _____ (cognome e nome) C.F. _____
residente a _____ (Rm) via/piazza _____
telefono _____ cellulare _____ e.mail _____
In qualità di _____
(genitori-padre-madre-tutore)

Chiede per l'anno scolastico 2020/2021

di poter usufruire del servizio di trasporto scolastico per

l'alunno _____ C.F. _____
(cognome e nome)
nato a _____ il _____
e residente a _____ prov _____
Via/piazza _____ nr. _____
frequentante la scuola _____ con sede a _____
() via/piazza _____ nr. _____

con il seguente percorso

- ANDATA E RITORNO ORARIO SCOLASTICO ENTRATA/USCITA
- SOLO ANDATA ORARIO SCOLASTICO ENTRATA.....
- SOLO RITORNO ORARIO SCOLASTICO USCITA

Ai fini dell'accettazione dell'istanza, il sottoscritto allega copia della seguente documentazione:

- Certificazione ASL attestante l'handicap ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3 , con specificata la necessità di trasporto;
- documento di identità del richiedente in corso di validità

Con la presente autorizza al trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento del servizio richiesto e per fini statistici (D.Lgs 196/2003)

Ardea _____