

**MODELLO A**

**Ufficio Servizi Educativi**

**Via F. Crispi, 12**

**00040 Ardea (RM)**

**RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER ALUNNI  
DISABILI FREQUENTANTI LE SCUOLE DEL I E II CICLO**

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

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

residente a \_\_\_\_\_ (Rm) via/piazza \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ (genitori-padre-madre-tutore)

**Chiede per l'anno scolastico 2023/2024**

di poter usufruire del servizio di trasporto scolastico per

l'alunno \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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,

FIRMA \_\_\_\_\_