

Oggetto: Trasporto scolastico alunni con disabilità – A.S. 2024/2025

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

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a con disabilità \_\_\_\_\_

residente a Biancavilla, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

iscritto alla classe/sezione \_\_\_\_\_

dell'istituto scolastico \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire del servizio di trasporto per gli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado

Si allega:

- Documento di riconoscimento del soggetto richiedente;
- Certificazione attestante la condizione di disabilità (verbale dell'accertamento dell'handicap ex Legge 104/92 in corso di validità);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante:
  - L'impossibilità all'uso del trasporto privato e/o pubblico;
  - La non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di Enti, Organizzazioni ecc., sia Pubblici che Privati;

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 ss.mm.ii e del Regolamento UE 679/2016.

Il Genitore

\_\_\_\_\_