AL COMUNE DI BIANCAVILLA

Ufficio Servizi Sociali

Pec:[protocollo@pec.comune.biancavilla.ct.it](mailto:protocollo@pec.comune.biancavilla.ct.it)

Oggetto: Trasporto scolastico alunni con disabilità – A.S. 2025/2026

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

residente a prov. CAP:

via n.

Telefono e-mail:

genitore dell’alunno/a con disabilità

residente a Biancavilla, Via n.

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

iscritto alla classe/sezione

dell’istituto scolastico

con sede in Via n.

CHIEDE

di usufruire del servizio di trasporto urbano per gli alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado per la fascia oraria scolastica (entrata e uscita).

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);

* Eventuale Provvedimento di nomina quale amministratore /tutore, curatore o delegato

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

Si autorizza il Comune di Biancavilla al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto della normativa a tutela della Privacy ai sensi dell’art. 13 del D.lgs 196/93 e dell’art. 13 GUPR 679/16. , Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_