

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 _____