

**RICHIESTA DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER STUDENTI CON
DISABILITÀ DELLE SCUOLE SUPERIORI ANNO SCOLASTICO 2017/2018**

(modulo da compilare e inviare via mail o da restituire al Dirigente scolastico)

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ tel.
abit. _____ eventuale tel. cell. _____ in qualità
di _____ dell'alunno/a _____ nato/a
a _____ il _____ residente a _____ in
Via _____ c.a.p. _____ iscritto/a per l'a.s. 2017/2018
al _____ anno sez. _____ dell'Istituto _____ indirizzo di studio _____
sede di _____

CHIEDE

per l'alunno/a sopra indicato l'attivazione del servizio di trasporto scolastico per l'anno scolastico 2017/18.

ALLEGA

, certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale nella quale sia esplicitata la necessità di trasporto (Verbale del collegio di accertamento per 5 l'individuazione dell'alunno disabile, ai sensi del D.P.C.M. n. 185/2006, della D.G.R n. 3449/2006, integrata dalla DGR n. 2185 del 4.08.2011).

Per gli studenti che già usufruiscono del servizio, le certificazioni sopra citate in possesso dell'istituto scolastico o formativo devono essere allegate solo nel caso in cui quelle precedentemente consegnate siano scadute.

Eventuali comunicazioni utili:

Data

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196.

Firma
