

Oggetto:

Richiesta di ammissione al contributo per il servizio di trasporto scolastico, per alunno/a con disabilità, frequentante scuola dell'infanzia o primaria o secondaria di primo grado.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A					
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	
RESIDENTE A:		IN VIA:		N.	
RECAPITO TELEFONICO:					
CODICE FISCALE:					
IN QUALITÀ DI GENITORE O TUTORE DELL'ALUNNO/A:					

Chiede

l'ammissione al contributo in oggetto per l'alunno/a, di seguito indicato:

GENERALITÀ DELL'ALUNNO/A

COGNOME		NOME			
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	
FREQUENTANTE LA:		SCUOLA DELL'INFANZIA			
		SCUOLA PRIMARIA			
		SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO			
		CLASSE:		SEZIONE:	

**ISTITUTO/
SCUOLA FREQUENTATA**

DENOMINAZIONE:	
PLESSO:	

DICHIARA

Di aver preso atto di quanto stabilito dal vigente Regolamento comunale in materia di diritto allo studio;

Di autorizzare, nei limiti previsti dalla normativa, il trattamento dei propri dati sensibili e di quelli dell'alunno/a indicato.

Luogo e Data

.....

In fede

FIRMA

.....

Allega alla presente, in unico file PDF:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e della Tessera Sanitaria del richiedente;
2. Copia del codice IBAN del richiedente o beneficiario (no libretti postali);
3. Copia della certificazione Legge n.104/1992 dell'alunno/a;
4. Certificazione ISEE scadenza al 31 dicembre 2025.