

Richiesta servizio di trasporto scolastico alunni diversamente abili e/o assistenza all'autonomia. ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Il sottoscritto genitore (o esercente la potestà genitoriale)

Cognome e Nome _____ C.F. _____

residente a _____ in via _____ n. _____

nato a _____ il _____

Tel/cellulare _____ e-mail _____

del minore _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

che frequenterà nell' A.S. _____ la seguente **scuola secondaria di secondo grado**:

Nome Scuola: _____

Indirizzo Scuola: _____

Classe: _____ Sezione: _____

CHIEDE

() di UTILIZZARE IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI PER IL PERCORSO: (barrare una o entrambe le caselle di interesse e compilare la tabella sottostante con i giorni e gli orari di utilizzo)

☐ CASA-SCUOLA

☐ SCUOLA-CASA

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
ANDATA					
RITORNO					

() di UTILIZZARE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA

DICHIARA

() che il minore è in situazione di handicap e a tal fine **allega certificazione di disabilità (ex leg.104/1992) e diagnosi funzionale o certificazione della Neuropsichiatria Infantile**

() che il minore necessita di pedana di sollevamento per il servizio di trasporto

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE _____