



COMUNE DI BELLIZZI
Provincia di Salerno

Al Responsabile dell'Area
Pubblica Istruzione, Politiche Sociali e Culturali

All'Ufficio Pubblica Istruzione

OGGETTO: Richiesta Servizio di Trasporto Scolastico in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado – A.S. 2024-2025.

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____,
nato/a a _____, il _____, Codice Fiscale _____,
residente a _____, alla via _____, n. _____
cell. _____, e-mail _____

In qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno (specificare): _____

CHIEDE

Di poter usufruire per l'a.s. 2024-2025 del servizio di trasporto scolastico per alunni con disabilità in favore dell'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____, nato/a
il _____ a _____, e residente a BELLIZZI (SA) in
Via/Piazza _____ n. _____, iscritto per
l'a.s. 2024-2025 presso il seguente Istituto scolastico:
_____, con sede in _____, in
Via/Piazza _____ n. _____, nella classe _____

CHIEDE altresì di usufruire del predetto servizio:

- In forma completa (andata e ritorno casa/scuola);
- In forma parziale (solo andata; solo ritorno casa/scuola).

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di falsità in atto e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00,

DICHIARA CHE

- l'alunno/a per cui presenta istanza è in possesso di certificazione di handicap grave ai sensi della legge n. 104/1992;
- l'alunno/a per cui presenta istanza usa la carrozzina SI NO (barrare la casella);
- l'alunno/a per cui presenta istanza deambula con gli ausili SI NO (barrare la casella); In caso di risposta affermativa specificare il tipo di ausili:
_____;
- la fascia oraria delle lezioni è la seguente (specificare se mattutina o pomeridiana):
_____;
- il calendario scolastico è articolato come segue (barrare la casella di interesse):
 dal lunedì al venerdì dal lunedì al sabato

DICHIARA, altresì, sotto la propria responsabilità

- di consegnare il/la bambino/a all'autista e all'assistente scuolabus all'indirizzo in via/piazza _____ e di riprenderlo al predetto indirizzo;
- di autorizzare il Comune e per esso la ditta affidataria del servizio a utilizzare il n. di cellulare sopra riportato per comunicazioni inerenti al servizio in oggetto;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Pubblica Istruzione eventuali variazioni e/o rinuncia del servizio in oggetto.

Si allega alla presente:

- Copia di valido documento di identità del genitore/tutore/amministratore di sostegno in corso;
- Copia di valido documento di identità dell'alunno/a;
- Eventuale decreto di nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno;
- Certificazione di disabilità di cui alla legge n. 104/1992;
- Diagnosi funzionale rilasciata dall'ASL competente in corso di validità;
- Eventuale certificazione di disabilità che necessita di particolari modalità di trasporto;
- Eventuale altra documentazione utile per l'erogazione del servizio.

Bellizzi, li _____

FIRMA

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), autorizza il Comune di Bellizzi al trattamento dei dati personali sopra riportati e dichiara di essere informato dei diritti spettanti di cui all'art. 7 del predetto decreto.

Bellizzi, li _____

FIRMA
