**AL COMUNE DI RIGNANO FLAMINIO**

**UFFICIO POLITICHE SOCIALI**

**OGGETTO**: TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI CON DISABILITA’ FREQUENTANTI LA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO E PERCORSI TRIENNALI IeFP. A.S. 2024/2025

Il/La sottoscritto /a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dello/a studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Rignano Flaminio in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Istituto scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’erogazione di un contributo economico per il trasporto presso il suddetto Istituto in quanto provvede autonomamente allo stesso. A tal fine fornisce i seguenti dati:

giorni di frequenza: \_\_\_\_lunedì; \_\_\_\_\_martedì ; \_\_\_\_mercoledì; \_\_\_\_\_\_giovedì; \_\_\_\_ venerdì;\_\_\_\_\_\_ Sabato;

PERCORSO (via e numero civico):

PARTENZA

ARRIVO

DISTANZA CHILOMETRICA (andata e ritorno):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rignano Flaminio,

Il Genitore

Allega alla presente:

* certificazione di disabilità e di diagnosi funzionale del minore (verbale di accertamento ex L. 104/1992 in corso di validità);
* copia dei documenti di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a e dello/a studente/ssa.

**Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali – richiesta di contributo per servizio trasporto scolastico disabili**

 Letta l’informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell’Avviso per la richiesta di contributo per il trasporto scolastico disabili, esprimo il mio consenso

 Rignano Flaminio, Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_