Al Comune di Linguaglossa

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Servizio di Trasporto Scolastico di studenti con disabilità, residenti nel Comune di Linguaglossa, frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primazia e secondaria di primo grado – Anno scolastico 2025/2026.

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a_____ il _____ e residente a Linguaglossa in Via/P.zza _____n_____
codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
tel. _____ E-mail:_____ .
In qualità di:
□ genitore □ tutore del minore _____, in possesso di disabilità certificata, nato a _____il _____ e residente a Linguaglossa in Via/P.zza _____.
codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

CHIEDE

di fruire del servizio di trasporto scolastico per alunni con disabilità

Per l'alunno/a_____
ISCRITTO PRESSO LA SCUOLA_____
CLASSE_____SITA IN VIA_____
ENTRATA ORE_____ USCITA ORE_____
Dall' indirizzo di residenza/domicilio _____

DICHIARA

1) che il/la proprio/a figlio/a è in possesso della seguente certificazione di disabilità:
   _____

allega alla presente, la seguente documentazione:

1) fotocopia del documento in corso di validità del richiedente;
2) fotocopia del documento di riconoscimento o della Tessera Sanitaria del minore;
3) fotocopia della certificazione di disabilità
4) Indicazione della classe e del Plesso scolastico che il minore frequenterà nell'.a.s. 2025/2026;
5) Indirizzo di residenza/domicilio dal quale si richiede il trasporto;

Data **Firma del Richiedente**