

Al Responsabile del Servizio Amministrativo-sociale

Oggetto: Ammissione servizio trasporto scolastico minori diversamente abili. Anno Scolastico 2024/2025.

Il sottoscritto	
Nato a	
Il	
Residente a	
In via	
Numero di telefono	
Indirizzo di posta elettronica	
In qualità di	

CHIEDE CHE

L'alunno/a	
Nato/a a	
Il	
Residente a	
In via	
Frequentante l'istituto	
Classe	

Sia ammesso/a al servizio trasporto scolastico per l'annualità 2024/2025

Altresì, si chiede che in caso in casi del tutto eccezionali e compatibilmente con la disponibilità del Servizio Trasporto Scolastico, di autorizzare il Comune di Jonadi, a prelevare mio figlio/a da scuola in situazioni del tutto eccezionali e non programmate anticipatamente.

Dichiara di essere consapevole che è competenza del nucleo accompagnare il minore presso la fermata indicata dal Servizio, nei pressi della propria abitazione ove la stessa non sia raggiungibile con i mezzi in dotazione all'Ente.

A tal fine si allega la dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

DICHIARA

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISULTA COSÌ COMPOSTO:

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
GRADO DI PARENTELA		BARRARE LA CASELLA INTERESSATA	
		<input type="checkbox"/> LAVORATORE	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO/A

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
		BARRARE LA CASELLA INTERESSATA	

GRADO DI PARENTELA		<input type="checkbox"/> LAVORATORE	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO/A
--------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
GRADO DI PARENTELA		BARRARE LA CASELLA INTERESSATA	
		<input type="checkbox"/> LAVORATORE	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO/A

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
GRADO DI PARENTELA		BARRARE LA CASELLA INTERESSATA	
		<input type="checkbox"/> LAVORATORE	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO/A

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
GRADO DI PARENTELA		BARRARE LA CASELLA INTERESSATA	
		<input type="checkbox"/> LAVORATORE	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO/A

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NON E' AUTOSUFFICIENTE ED E' AFFETTO DA PATOLOGIE CHE COMPORTANO L'IMPOSSIBILITA' OGGETTIVA DI USUFRUIRE DEI SERVIZI PUBBLICI DI TRASPORTO

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NON E' AUTOSUFFICIENTE ED E' AFFETTO DA PATOLOGIE CHE NON COMPORTANO L'UTILIZZO DI UN MEZZO ATTREZZATO PER IL TRASPORTO

ALLEGRO:

VERBALE RILASCIATO DALLA COMPETENTE COMMISSIONE MEDICA, ATTESTANTE L'INVALIDITA' DEL/DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A AI SENSI DELLA L. 104/92;

CERTIFICATO ISEE 2024 IN CORSO DI VALIDITA'

FOTOCOPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO;

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI;

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'.

Luogo e Data

Firma
