

AL COMUNE DI RIGNANO FLAMINIO

UFFICIO POLITICHE SOCIALI

OGGETTO: TRASPORTO SCOLASTICO STUDENTI CON DISABILITA' II CICLO.

A.S. 2026/2027

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 2026-2027

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
