

Servizio trasporto studenti con disabilità Il ciclo

Anno scolastico 20__/20__

I sottoscritt_ _____

nat_ a _____ PR _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

PR _____ in via/piazza _____

telefono _____

in qualità di genitore (o chi ne fa le veci)

dell_ studente _____

nat_ a _____ PR _____ il _____

residente a _____ PR _____ in via/piazza _____

chiede

che _I_ sottoscritt_ / _I_ figli_ _____

frequentante la classe _____ sez. _____ dell'Istituto scolastico superiore

sito a _____ PR _____ in via/piazza _____

possa usufruire del contributo economico per il trasporto scolastico per gli studenti con disabilità che frequentano gli Istituti scolastici statali o paritari, provvedendo in maniera autonoma al trasporto.

A tal fine **dichiara:**

o di accompagnare personalmente lo studente presso l'Istituto scolastico superiore

sito a _____ PR _____ in via/piazza _____;
e di percorrere quotidianamente complessivi km _____ A/R.

o di aver acquistato l'abbonamento annuale per il trasporto per un importo pari a _____;

Inoltre **comunica** che le coordinate relative al conto corrente bancario/postale, per l'accredito del contributo sono le seguenti:

- IBAN _____.

Si allegano:

- documento di identità in corso di validità del richiedente;
- verbale di accertamento dell'handicap ex L. 104 in corso di validità;
- copia coordinate bancarie/postali.

Data _____

Firma

Consenso al trattamento dei dati personali

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale comunale di Cori.

Dichiara altresì di aver preso visione dell'Allegato C

Data _____

Firma
