	Amministrazione destinataria Comune di Pescara Ufficio destinatario Ristorazione e trasporto scolastico	

Domanda di variazione del servizio di trasporto scolastico per alunni con disabilità

anno scolastico /

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

Domicilio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Soggetto interessato

- ○ per sè stesso
- ○ per la persona di seguito specificata

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

In qualità di (*)

In qualità di (*):
curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

CHIEDE

la fruizione del servizio di trasporto scolastico per l'anno scolastico in premessa.

in quanto frequentante l'istituto

Istituto scolastico	Classe	Sezione

Indirizzo sede Istituto

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che lo studente è

☑	in possesso della certificazione di cui alla Legge 05/02/1992, n. 104
☑	presenta la seguente condizione ricorrente

Deambulazione	
○	deambulante
○	non deambulante
Assistenza trasporto	
○	necessita di assistenza durante il trasporto
○	non necessita di assistenza durante il trasporto

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*	
☑	certificazione di cui alla Legge 05/02/1992, n. 104 dello studente
☐	copia del documento di identità *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali *(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*	
☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pescara		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**