

**CONCESSIONE CONTRIBUTO PER IL TRASORTO SCOLASTICO PER STUDENTI
DISABILI FREQUENTANTI LA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO IeFP.**

A.S. 2026/2027

Il/La sottoscritto /a _____
nato/a il _____ a _____ e
residente in _____ via _____
telefono _____ e-mail _____
genitore dello/a studente/essa _____
residente a Moricone 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):

Moricone,

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

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.

Moricone,

Firma
