

ISCRIZIONE AL TRASPORTO SCOLASTICO

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

RICHIESTA

Chiedo l'iscrizione dei miei figli al servizio di trasporto scolastico.

DATI DEL/LA FIGLIO/A N. 1

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice fiscale	Cittadinanza	
Scuola frequentata	Classe frequentata	
Giorni in cui usufruisce del servizio		
<input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì		

- ☐ Dichiaro che mio/a figlio/a ha una disabilità e pertanto ha necessita particolari.

Tipo di disabilità

DICHIARAZIONI

Dichiaro che mio/a figlio/a

- ☐ è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ non è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ Sarà accompagnato dal/la sottoscritto/a.
- ☐ Sarà accompagnato da un'altra persona.

DATI DELL'ACCOMPAGNATORE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	
Relazione con il/la ragazzo/a		
<input type="checkbox"/> Familiare o parente <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Altro		

- ☐ Chiedo contestualmente al Comune che un educatore professionale si occupi del/la ragazzo/a durante il trasporto scolastico.

DATI DEL/LA FIGLIO/A N. 2

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita

Codice fiscale	Cittadinanza
Scuola frequentata	Classe frequentata
Giorni in cui usufruisce del servizio	
<input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì	

☐ Dichiaro che mio/a figlio/a ha una disabilità e pertanto ha necessita particolari.

Tipo di disabilità

DICHIARAZIONI

Dichiaro che mio/a figlio/a

- ☐ è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ non è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ Sarà accompagnato dal/la sottoscritto/a.
- ☐ Sarà accompagnato da un'altra persona.

DATI DELL'ACCOMPAGNATORE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	
Relazione con il/la ragazzo/a		
<input type="checkbox"/> Familiare o parente <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Altro		

☐ Chiedo contestualmente al Comune che un educatore professionale si occupi del/la ragazzo/a durante il trasporto scolastico.

DATI DEL/LA FIGLIO/A N. 3

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Codice fiscale	Cittadinanza
Scuola frequentata	Classe frequentata
Giorni in cui usufruisce del servizio	
<input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì	

☐ Dichiaro che mio/a figlio/a ha una disabilità e pertanto ha necessita particolari.

Tipo di disabilità

DICHIARAZIONI

Dichiaro che mio/a figlio/a

- ☐ è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ non è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ Sarà accompagnato dal/la sottoscritto/a.
- ☐ Sarà accompagnato da un'altra persona.

DATI DELL'ACCOMPAGNATORE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza	Numero civico	
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	

Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile
Indirizzo email	Indirizzo PEC
Relazione con il/la ragazzo/a	
<input type="checkbox"/> Familiare o parente <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Altro	

☐ Chiedo contestualmente al Comune che un educatore professionale si occupi del/la ragazzo/a durante il trasporto scolastico.

DATI DEL/LA FIGLIO/A N. 4

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Codice fiscale	Cittadinanza
Scuola frequentata	Classe frequentata
Giorni in cui usufruisce del servizio	
<input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì	

☐ Dichiaro che mio/a figlio/a ha una disabilità e pertanto ha necessita particolari.

Tipo di disabilità

DICHIARAZIONI

Dichiaro che mio/a figlio/a

- ☐ è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ non è autonomo per salire, scendere e stare sull'autobus.
- ☐ Sarà accompagnato dal/la sottoscritto/a.
- ☐ Sarà accompagnato da un'altra persona.

DATI DELL'ACCOMPAGNATORE

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita

Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	
Relazione con il/la ragazzo/a		
<input type="checkbox"/> Familiare o parente <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Altro		

☐ Chiedo contestualmente al Comune che un educatore professionale si occupi del/la ragazzo/a durante il trasporto scolastico.

PERSONE PREDISPOSTE AL RITIRO DEI MINORI

All'arrivo alla stazione di fermata, i figli potranno essere ritirati dal sottoscritto e dalle seguenti persone.

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	

Cognome	Nome
----------------	-------------

Luogo di nascita		Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico	
Comune	Provincia	CAP	
Codice fiscale		Cittadinanza	
Numero di telefono fisso		Numero di telefono mobile	
Indirizzo email		Indirizzo PEC	

EVENTUALI NOTE

--

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- ☐ I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il richiedente

_____, ____/____/____

ALLEGATI:

- Attestazione ISEE in corso di validità *(facoltativo)*.
- Documentazione attestante la disabilità del/la figlio/a (per ogni figlio con annessa dichiarazione).