



SOCIAL CITY

Azienda Speciale

ASSISTENZA E TRASPORTO
ALUNNI CON DISABILITÀ

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via _____

tel. n. _____ e-mail _____

in qualità di genitore/tutore/esercente la responsabilità genitoriale

Chiedo l'attivazione del Servizio Trasporto Alunni con Disabilità per l'anno scolastico 2026/2027, per

il minore:

☐ Cognome _____ Nome _____

☐ Nato/a _____ il _____

☐ Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3 comma 1

☐ Certificato L. 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3

uso di presidi/ausili

SI

NO

frequentante per l'anno scolastico 2026/2027 la seguente

Scuola: _____ plesso _____ classe _____

via _____

- 1) Si darà priorità alle richieste di trasporto alla sede scolastica di pertinenza rispetto alla propria abitazione (ovvero, la scuola più vicina alla propria casa).
- 2) Le richieste dovranno pervenire entro e non oltre il _____
- 3) Le richieste che arriveranno dopo la data indicata saranno prese in carico secondo le disponibilità.

Letto confermato e sottoscritto

Data, _____

Firma _____