



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 Di Trasporto Alunni con Disabilità per l'anno scolastico 2025/2026, per il minore:**

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

uso di presidi/ausili                      SI                      NO

frequentante per l'anno scolastico 2025/2026 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 \_\_\_\_\_