


Amministrazione destinataria

Comune di Treviglio

Ufficio destinatario

Ufficio servizi scolastici

Richiesta di iscrizione al servizio di trasporto scolastico per alunni disabili
anno scolastico

/

Il sottoscritto genitore, affidatario o tutore

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'iscrizione al servizio di trasporto scolastico per alunni disabili per l'anno scolastico 2025/2026 per

generalità del minore utilizzatore del servizio

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				

Nell'anno scolastico 2025/2026 iscritto alla classe	Scuola
Specificare altra scuola	

Trimestri		
<input type="checkbox"/>	primo trimestre (settembre - dicembre)	
	Corsa richiesta	Indirizzo di carico (andata) e scarico (ritorno)
<input type="checkbox"/>	andata	
<input type="checkbox"/>	ritorno	secondo indirizzo
<input type="checkbox"/>	servizio del sabato	
<input type="checkbox"/>	secondo trimestre (gennaio - marzo)	
	Corsa richiesta	Indirizzo di carico (andata) e scarico (ritorno)
<input type="checkbox"/>	andata	
<input type="checkbox"/>	ritorno	secondo indirizzo
<input type="checkbox"/>	servizio del sabato	
<input type="checkbox"/>	terzo trimestre (aprile - giugno)	
	Corsa richiesta	Indirizzo di carico (andata) e scarico (ritorno)
<input type="checkbox"/>	andata	
<input type="checkbox"/>	ritorno	secondo indirizzo
<input type="checkbox"/>	servizio del sabato	

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

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione intervenga nei dati dichiarati nel presente modulo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del certificato di invalidità civile rilasciato dall'ufficio medico - legale dell'ATS oppure certificato della commissione medica della Regione Lombardia
- 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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Treviglio

Luogo

Data

il dichiarante