



COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

Al Comune di Magliano Romano
Settore I

SEDE

Oggetto: Trasporto scolastico alunni con disabilità frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria e la scuola superiore di primo grado in istituti pubblici o paritari nell'anno 2023

Il/ La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente in _____

Via/P.zza _____ n° _____

Telefono fisso: _____ mobile: _____

Mail: _____

Genitore/esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a _____

Residente a Magliano Romano in Via _____

Frequentante la classe _____ Sezione _____ dell'Istituto scolastico _____

Con sede in _____

CHIEDE

L'assegnazione delle risorse destinate al potenziamento del servizio di trasporto degli studenti con disabilità certificata residenti nel Comune di Magliano Romano frequentanti la scuola dell'infanzia, la scuola primaria o la scuola superiore di primo grado in istituti pubblici o paritari nell'anno 2023 (gennaio – dicembre) realizzato mediante la concessione di contributi economici forfettari direttamente alle famiglie degli utenti da calcolare con le modalità indicate nell'avviso pubblico approvato con determinazione del Responsabile del Settore I n.r.g. 285 del 29.12.2023



COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

A tal fine fornisce i seguenti dati:

Da Compilare nell'ipotesi di trasporto da parte della famiglia (rimborsi chilometrici)

giorni di frequenza: ____ lunedì; ____ martedì ; ____ mercoledì; ____ giovedì ____ venerdì

PERCORSO (indicare Comune, Via e numero civico):

PARTENZA _____

ARRIVO _____

DISTANZA CHILOMETRICA (andata e ritorno) _____

Da Compilare nell'ipotesi di trasporto da parte di ditte esterne alle famiglia

Ditte affidatarie del servizio

1. Ragione Sociale _____

Sede _____

Codice Fiscale / Partita Iva _____

Ditte affidatarie del servizio

2. Ragione Sociale _____

Sede _____

Codice Fiscale / Partita Iva _____

Magliano Romano, lì _____

Il Genitore/esercente la potestà genitoriale

Firma



COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

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.
- ❖ Copia documenti contabili (nell'ipotesi di trasporto affidato a ditte esterne alla famiglia)

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

Magliano Romano, lì _____

Il Genitore/esercente la potestà genitoriale

Firma