



Provincia di Siena

RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER ALUNNI CON DISABILITA'

Dati: Alunno/alunna

Cognome/Nome Alunno/a			
Luogo e data di nascita		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo			
Comune di residenza		CAP	
Nazionalità di provenienza		Cittadinanza	
Nome Genitore/Tutore			
Nome Genitore/Tutore			
Telefono/Cellulare Genitore/Tutore			
Indirizzo e-mail			

Dati: Scuola di frequenza anno scolastico/.....

Nome scuola (plesso frequentato)	
Indirizzo	
Classe e Sez.	
Orario entrata	
Orario uscita	
Giorni di frequenza	
Richieste particolari	

Attestazione L.104/92 in situazione di gravità, art. 3
(allegare documentazione per il primo anno di richiesta del servizio)

Comma 3 __

Comma 1 __

PROVINCIA DI SIENA	RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER ALUNNI CON DISABILITA'	
--------------------	--	--

Tipologia di trasporto:

Necessita della seguente tipologia di trasporto:

_____ con uso di sedia a rotelle

_____ senza uso di sedia a rotelle

EVENTUALI RICHIESTE DI VARIAZIONE DEL SERVIZIO DOVRANNO ESSERE COMUNICATE CON CONGRUO ANTICIPO AL COMPETENTE UFFICIO PROVINCIALE: istruzione@provincia.siena.it; tel. 0577 241801 - 241827

Si autorizza il trattamento dei dati personali in relazione agli adempimenti connessi con la presente richiesta (D. lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni compreso il Regolamento UE 679/2016 - GDPR - General Data Protection Regulation).

DATA _____

Il Genitore/tutore

Il Genitore/tutore
