



MODULO DI ACCESSO
AL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO IN FAVORE DI DISABILI – A.S. 2015-2016
c/o ISTITUTO “LA NOSTRA FAMIGLIA”

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO E LEGGIBILE)

Il sottoscritto/a (*Cognome e Nome*)

nato/a a	Prov.	data di nascita
_____	_____	_____

Codice fiscale (*obbligatorio*)

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Residente a:	alla via/c.da	n° civ.	Recapito telefonico
_____	_____	_____	_____

CHIEDE

Alla S.V. di poter usufruire del Servizio Scuolabus per l'anno 2015-2016 per il figlio/a:

(*Cognome e Nome*)

nato/a a	Prov.	data di nascita
_____	_____	_____

che frequenterà nell'a.s. **2015/2016** la classe presso l'Istituto “**LA NOSTRA FAMIGLIA**” di Brindisi.
Si allega documentazione relativa alla disabilità riportata.

A tal fine dichiara:

- Di sollevare l'A.C. da ogni responsabilità per eventuali accadimenti che si dovessero verificare a carico dell'utente nel periodo precedente alla salita sul mezzo di trasporto scolastico o successivo alla discesa.

MESAGNE lì _____

_____ Firma

- Il richiedente dichiara di aver conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, potranno essere soggette a controlli, in applicazione dell'art. 4, comma 2 e 8 del D.Lgs 31 marzo 1998, n. 109, in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite. Dichiara, inoltre, di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445. ;
- Il richiedente, ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, dà il consenso all'uso ed al trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

MESAGNE lì _____

_____ Firma