COMUNE DI

PROGETTO DI COLLABORAZIONE PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI STUDENTI CON DISABILITÀ A.S. 2021-2022

COGNOME NOME studente	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA Indirizzo di residenza/domicilio dello studente	
Recapito telefonico famiglia	
Indirizzo email famiglia	
ISTITUTO SCOLASTICO Nome e indirizzo dell'istituto scolastico frequentato dallo studente	
CLASSE DI FREQUENZA	
FREQUENZA SETTIMANALE Specificare in quali giorni frequenta la scuola	☐ lun. ☐ mart. ☐ merc. ☐ gio. ☐ ven. ☐ sab.
DISTANZA IN KM (DUE TRATTE*) Distanza chilometrica di andata e ritorno tra il domicilio/residenza e l'istituto scolastico frequentato. *il rimborso viene calcolato con utente a bordo	
NECESSITA DI MEZZO SPECIALE	☐ no ☐ si
NECESSITA DI ACCOMPAGNATORE	☐ no ☐ si
TRASPORTO A CURA DI: COMUNE e/o FAMIGLIA Descrivere le modalità di realizzazione del progetto di trasporto specificando chi si occupa di fare l'andata e chi il ritorno e in che giorni.	
MODALITA' DI TRASPORTO: Il mezzo viene utilizzato per il singolo studente o vengono trasportati più studenti contemporaneamente? Se più studenti specificare Nome e Cognome	
SPESA PREVISTA PER L'ANNO SCOLASTICO 2021-2022	

N.B.: Il progetto di trasporto scolastico per scuola secondaria di secondo grado o Centri di formazione professionale, può essere svolto solo per studenti in situazione di handicap accertati ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3.

N.B.: tutte le procedure e le comunicazioni relative al servizio di trasporto saranno trattati ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Europeo 2016/679 sulla protezione dei dati.

DATA.....

FIRMA DEL RESPONSABILE SETTORE DI COMPETENZA