

Ad uso interno*Documento in carico a:*

Distretto Padova Terme Colli

UOC Disabilità e Non autosufficienza

Uff. Disabilità Sensoriale

(c/o Complesso Socio Sanitario Colli)

**RICHIESTA DI SUPPORTO AL TRASPORTO SCOLASTICO PER STUDENTI CON DISABILITA'
FREQUENTANTI ISTITUTI DI ISTRUZIONE SUPERIORE O CENTRI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

 PRIMA DOMANDA RINNOVO DOMANDA**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome Nome

nato/a il

codice fiscale

residente nel Comune di C.A.P.

via n. tel.

e-mail

In qualità di genitore tutore amministratore di sostegno**Per lo/la studente:**

Cognome Nome

nato/a il

residente nel Comune di C.A.P.

via n.

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci dall'art.76 del Decreto del Presidente della Repubblica n.445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa",

DICHIARA

- che nell'anno scolastico **2022-2023** lo/la studente frequenterà la classe presso
 la sede la succursale dell'Istituto Scolastico / Centro di Formazione Professionale
(nome)

Via nr. Comune

- che frequenterà la scuola nei giorni:
 lun mar mer gio ven sab
- che usa la carrozzina NO SI manuale elettrica
- che può raggiungere autonomamente l'Istituto Scolastico con i mezzi pubblici
 NO SI solo se accompagnato nel tragitto
 altro: (specificare)

Nell'anno scolastico 2021/2022 il trasporto è stato realizzato a cura di:

- famiglia Comune istituto scolastico frequentato

Eventuali altre informazioni utili:

.....

C H I E D E

Il supporto per il trasporto scolastico per l'anno scolastico 2022/2023, come segue:

ANDATA: da abitazione da (indirizzo) all'Ist. Scolastico

RITORNO: da Istituto Scolastico a abitazione a (indirizzo)

Allega scannerizzazione (no foto) dei seguenti documenti, in corso di validità alla data di presentazione della presente richiesta:

copia della certificazione di accertamento dell'handicap ai sensi dell'Art.3, C. 3, L.104/92

Se già inoltrata in precedenza e ancora in corso di validità, non è necessario inviarla nuovamente

copia del documento di identità valido (fronte retro) del dichiarante

documento emesso da banca/posta riportante IBAN, cognome e nome del richiedente

copia documento di nomina tutore/amministratore di sostegno (se pertinente)

Data

Firma del genitore*/tutore/amministratore di sostegno

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti sono trattati ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 "GDPR" come da informativa presente nel sito www.aulss6.veneto.it

In qualità di genitore tutore amministratore di sostegno, rilascio il consenso al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del servizio di assistenza scolastica integrativa.

Data

Firma del genitore*/tutore/amministratore di sostegno

.....

** Il genitore firmatario dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.*