



**Comune di Lariano**  
**Città metropolitana di Roma Capitale**  
**Assessorato ai Servizi Sociali**



**Città di Velletri**  
**Città metropolitana di Roma Capitale**  
**Assessorato ai Servizi Sociali**

**DOMANDA TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI CON DISABILITA'**

**ANNO 2019/2020**

La/Il sottoscritto/a (nome e cognome ) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel n. \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_

in qualità di genitore dell' alunno/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire del servizio di trasporto scolastico per l'anno scolastico 2019/2020, indicativamente nelle giornate e negli orari indicati:

( barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa)

**GIORNI**

**ORARI**

[ \_ ] lunedì                      dalle \_\_\_\_\_                      alle \_\_\_\_\_

[ \_ ] martedì                      dalle \_\_\_\_\_                      alle \_\_\_\_\_

[ \_ ] mercoledì                      dalle \_\_\_\_\_                      alle \_\_\_\_\_

[ \_ ] giovedì                      dalle \_\_\_\_\_                      alle \_\_\_\_\_

[ \_ ] venerdì                      dalle \_\_\_\_\_                      alle \_\_\_\_\_

[ \_ ]sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

per il seguente percorso (indicare via e numero civico da cui si richiede il trasporto):

PARTENZA \_\_\_\_\_

ARRIVO \_\_\_\_\_

Le famiglie sono tenute ad accompagnare e riprendere il proprio figlio all'orario stabilito rimanendo responsabile nel tratto compreso dall'abitazione al punto di salita e discesa dal pulmino. I genitori degli alunni hanno l'obbligo di consegnare e/o riprendere il proprio figlio alla fermata concordata precedentemente con l'Ufficio Servizi alla Persona del Comune di residenza. **I genitori degli alunni trasportati con il pulmino sono tenuti a segnalare qualsiasi variazione d'orario dovute a necessità di varia natura direttamente al coordinatore del servizio autisti, il quale provvederà a relazionare all'Ufficio Servizi alla Persona.**

Nel caso in cui i genitori o i propri delegati non provvederanno alla consegna o al ritiro del proprio figlio/a nell'orario stabilito, per più di tre volte e senza giustificato motivo, verranno contattati dall'Ufficio Servizi alla Persona Comune di residenza per presentare eventuale rinuncia.

**In caso di variazioni dell'inizio e/o della fine dell'orario di lezione per sciopero o assemblee sindacali che riguardano l'intera realtà scolastica, a seguito di specifica richiesta della scuola, pervenuta in tempo utile, l'orario del servizio potrà subire modifiche fermo restando che lo stesso verrà garantito. La relativa comunicazione alle famiglie dovrà essere effettuata dalla scuola, con congruo anticipo.**

**Elenco allegati:**

[ \_ ] copia del documento di identità in corso di validità del genitore

[ \_ ] copia del codice fiscale del genitore

[ \_ ] certificato Asl RMH L.104/92 art. 3 comma 3

**L'orario del trasporto non prevede la fascia pomeridiana.**

**Gli orari potranno subire modifiche relativamente alle problematiche che si dovessero presentare nello svolgimento del servizio.**

Firma \_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

Genitore dell'Alunno \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

sotto la propria responsabilità di essere presente alla partenza ed all'arrivo dell'alunno o personalmente o delegando la/le persona/e di seguiti indicate:

Sig.ra /Sig. \_\_\_\_\_

Sig.ra /Sig. \_\_\_\_\_

( Si allega fotocopia del documento di identità)

Luogo e data

Firma

**Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.**

Luogo e Data

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Velletri Capofila di distretto socio-sanitario.