



AL **COMUNE DI PALERMO**
AREA DELLA CITTADINANZA SOCIALE
SETTORE SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI
SERVIZIO INTERVENTI SOCIO- ASSISTENZIALI
U.O. INTERVENTI PER DISABILI E SOGGETTI AFFETTI
DA PATOLOGIE CRONICHE E PREVENZIONE DELLE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
VIA F. TAORMINA N.1
TEL. 0917409465- FAX 0917409464

Oggetto: Richiesta servizio Trasporto Scuolabus - Anno Scolastico 2016/2017

Il/La sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445,

dichiara di essere:

nat __ a _____ il _____

di essere residente a Palermo in _____

codice fiscale _____

tel.: _____ e-mail _____

In qualità di (*Genitore, Tutore, Curatore, Amministratore di sostegno*) _____
del/la Alunno/a _____ (*allegare eventuale nomina*)
nat __ a _____ il _____
residente a Palermo in _____

e che il proprio figlio è iscritto presso la scuola _____

classe _____ sita in via _____

orario di entrata: _____ orario d'uscita: _____

CHIEDE DI POTERE USUFRUIRE DEL SERVIZIO TRASPORTO ALUNNI DISABILI

carrozzella SI NO

scuola di appartenenza SI NO con priorità a chi frequenta le scuole ubicate nel territorio di
residenza

note aggiuntive _____

(recapito alternativo) _____

A tal fine allega:

- Copia del certificato attestante lo status di portatore di handicap (ex lege 104/92);
- Copia del certificato attestante l'invalidità civile con
 indennità di frequenza (ex lege 289/90) indennità di accompagnamento (ex lege 18/80);
- Copia della nomina in qualità di
- Copia documento d'identità.

Palermo li _____

FIRMA
