All'Ufficio Pubblica Istruzione

del Comune di Bisceglie

Via Prof. Mauro Terlizzi, 20

**76011 BISCEGLIE**

PEC: **pubblicaistruzione@cert.comune.bisceglie.bt.it**

**OGGETTO: Richiesta di accesso al SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO degli alunni/e con disabilità frequentanti le Scuole dell’Infanzia – Primarie – Secondarie di I° Grado - A. S. 2025/2026.**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dati dei genitori/tutori** | **Cognome** |  | **Nome**  |  |
|  |  |
| Nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
|  |  |
| Residente a |  |  | Prov. |  |
|  |  |
| Indirizzo |  | CAP |  |
|  |  |  |  |
| Tel.  |  | e-mail |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| C.F./ |  |
|  |  |  |  |
| **Cognome** |  | **Nome**  |  |
|  |  |
| Nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
|  |  |
| Residente a |  |  | Prov. |  |
|  |  |
| Indirizzo |  | CAP |  |
|  |  |  |  |
| Tel.  |  | e-mail |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| In qualità di genitori /tutori*(specificare)* |  |
|  |  |
| **Dati alunno/a** | **Cognome** |  | **Nome**  |  |
|  |  |
| Nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
|  |  |
| Residente a |  |  | Prov. |  |
|  |  |
| Indirizzo |  | CAP |  |
|  |  |  |  |
| C.F./ |  |

**CHIEDONO/CHIEDE**

L'ammissione al Servizio di Trasporto Scolastico, per l’anno scolastico 2025/2026, del suddetto alunno frequentante la SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_

A tal fine, il/i sottoscritto/i, sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali cui possono incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e che in caso di dichiarazioni non veritiere è prevista la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,

**DICHIARANO/DICHIARA CHE:**

* l'alunno/a gode di autonomia motoria: SI❑ NO❑
* l'alunno/a è impossibilitato/a nella deambulazione, quindi si muove in carrozzina: SI❑ NO❑
* l'alunno/a frequenta la scuola nei seguenti giorni:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunedì | Entrata |  | Uscita |  |
|  | Martedì | Entrata |  | Uscita |  |
|  | Mercoledì | Entrata |  | Uscita |  |
|  | Giovedì | Entrata |  | Uscita |  |
|  | Venerdì | Entrata |  | Uscita |  |
|  | Sabato | Entrata |  | Uscita |  |

* il servizio viene effettuato direttamente dalle abitazioni e che l'alunno/a dovrà essere puntualmente prelevato/a dai genitori o da persone dagli stessi incaricati con delega scritta;
* l'alunno/a, a causa della disabilità da cui è affetto/a, è assolutamente impossibilitato/a a servirsi dei normali mezzi pubblici di linea o ad affrontare percorsi a piedi da e per la sede scolastica;
* i familiari e/o conviventi dell'alunno/a sono impossibilitati a favorire e consentire sia l'uso dei mezzi pubblici che il trasporto privato dal domicilio alla sede scolastica e viceversa;
* sarà tempestivamente comunicata, in caso di ammissione dell'alunno/a al servizio, ogni variazione circa le date e gli orari in cui usufruire del trasporto ovvero l'eventuale sospensione o rinuncia allo stesso direttamente agli Uffici Comunali competenti.

***DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI***

***(la mancata sottoscrizione o la mancata autorizzazione non darà luogo ad accesso al servizio)***

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che i dati riportati nella presente scheda saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene prodotta, ai sensi del Decreto Legislativo n°196/03, e autorizzano l’Ente in indirizzo al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità connesse alla valutazione del servizio in oggetto.

I sottoscritti dichiarano, altresì, di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardanti il Servizio richiesto, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679.

* Autorizzo il trattamento dei dati
* Non autorizzo il trattamento dei dati

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega, alla presente istanza, la seguente documentazione:

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del/dei richiedente/i;
* Certificazione della situazione di handicap grave ai sensi della legge 104/92;
* Documentazione attestante ogni altra utile informazione per l'erogazione tecnica del servizio.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_