



# Comune di Giovinazzo

Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità



Piazza Vittorio Emanuele II – Tel/Fax 0803945073 – Tel 0803949507

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI  
GIOVINAZZO

Oggetto: **Trasporto scolastico per disabili.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madre

del disabile \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Giovinazzo in

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter usufruire del servizio trasporto scolastico per il disabile su citato.

Dichiara che lo/a stesso/a frequenta il seguente Istituto: \_\_\_\_\_

Giovinazzo, \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Si allega:

- autocertificazione
- fotocopia attestato di invalidità

Il sottoscritto, inoltre, dà esplicito consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge n. 675/98 e s.m.i., consapevole del fatto che, in mancanza del predetto consenso, la richiesta di che trattasi può subire notevole ritardo o impossibilità nella sua definizione.

Il dichiarante

\_\_\_\_\_