



Comune di GIOVINAZZO

Città Metropolitana
di Bari

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
GIOVINAZZO

Oggetto: **Trasporto scolastico.**

Il/La sottoscritto/a _____ padre/madre

del disabile / minore _____

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 frequentante la scuola nel territorio comunale
- per il disabile su citato frequentante la scuola in Comune limitrofo
- per il minore residente in zone rurali e fuori della cinta urbana

Dichiara che lo/a stesso/a frequenta il seguente Istituto: _____

Giovinazzo, _____

Il richiedente

Si allega:

- copia attestazione ISEE
- fotocopia attestato di invalidità