

Da compilare su carta intestata del Comune, con indirizzo e nominativo del referente della pratica

Data

Alla Provincia di Cagliari
Servizio Pubblica Istruzione
Via Cadello, 9/b - 09121 Cagliari

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL TRASPORTO SCOLASTICO DI ALUNNI CON DISABILITA' FREQUENTANTI ISTITUTI SUPERIORI - ANNO SCOLASTICO 2015-16

Il sottoscritto _____ responsabile del procedimento del
Comune di _____ ovvero del Consorzio dei Comuni di
_____ Tel. _____

e.mail del responsabile del procedimento _____

CHIEDE

ai sensi del Regolamento del Servizio di trasporto per gli studenti con disabilità degli Istituti Superiori della Provincia di Cagliari approvato con Delibera C.P. n° 21 del 02/05/2012 un contributo per il trasporto scolastico da casa a scuola e viceversa di propri cittadini (vedi tabella sottostante) che frequentano nel corrente anno scolastico Istituti Superiori di secondo grado.

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Istituto</i>	<i>Distanza da casa a scuola in KM (andata e ritorno)</i>	<i>è possibile effettuare trasporto plurimo(SI,NO)</i>

ALLEGA (per ogni alunno):

- certificazione medica rilasciata dalla ASL che attesta l'impossibilità di una autonoma fruizione dei servizi di trasporto di linea;

- fotocopia leggibile della certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3, attestante la minorazione singola o plurima che ha ridotto gravemente l'autonomia personale, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativa e globale nella sfera individuale o in quella relazionale.
- fotocopia del documento di identità del familiare richiedente o dell'alunno se maggiorenne.

Eventuali comunicazioni utili

Si prega di inviare le comunicazioni relative al trasporto degli studenti disabili delle scuole superiori al seguente indirizzo _____

tel. _____ e.mail _____

In alternativa: il sottoscritto _____ dichiara che nel Comune di _____ nessun cittadino ha fatto richiesta dei contributi in oggetto.

timbro e firma

Data
