



Prot. CIISAF \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Servizio Sociale Professionale  
Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: richiesta di ammissione al servizio di trasporto alunni diversamente abili**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_ di (nome del beneficiario)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione del/della proprio/a figlio/a al trasporto erogato in favore di soggetti diversamente abili:

Per scuola " \_\_\_\_\_ " e viceversa

Per Centro di riabilitazione NIAT di \_\_\_\_\_ e viceversa

Da \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
dalle ore:						
alle ore:						

Per l'Istituto " \_\_\_\_\_ " di \_\_\_\_\_ e viceversa

Da \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
dalle ore:						
alle ore:						

Per Il Centro socio riabilitativo diurno " \_\_\_\_\_ " di \_\_\_\_\_

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
dalle ore:						
alle ore:						

Si allega:

- copia della certificazione relativa all'accertamento dell'handicap ai sensi della L.104/1992;
- copia di un valido documento di riconoscimento di chi sottoscrive l'istanza.

Ostuni, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_