



Prot. CIISAF _____ del _____

Al Servizio Sociale Professionale
Comune di OSTUNI

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 "La Nostra Famiglia" di Ostuni 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
