



CITTÀ METROPOLITANA DI BARI  
SERVIZIO WELFARE- CONTROLLO DEI FENOMENI

Mod. n.1

I sottoscritti

*Genitore 1*

Nome	Cognome	
Comune di nascita	Provincia di nascita e Nazione di nascita	Giorno/mese/anno di nascita
Comune di residenza	Provincia di residenza e Nazione di residenza	C.A.P. della residenza
Indirizzo di residenza	N. civico	

*Genitore 2*

Nome	Cognome	
Comune di nascita	Provincia di nascita e Nazione di nascita	Giorno/mese/anno di nascita
Comune di residenza	Provincia di residenza e Nazione di residenza	C.A.P. della residenza
Indirizzo di residenza	N. civico	

dell'alunno

Nome	Cognome	
Comune di nascita	Provincia di nascita e Nazione di nascita	Giorno/mese/anno di nascita
Cittadinanza		
Iscritto alla classe		
Istituto		
Sede dell'istituto		

**CHIEDONO**

che il proprio figlio/a sia ammesso/a ad usufruire del servizio relativo al trasporto scolastico nell'a.s. 2024/2025.  
All'uopo dichiarano, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del predetto decreto:

che il proprio figlio/a è un soggetto avente diritto al servizio ai sensi del **comma 3, art. 3 della legge 104/1992**  
come da verbale rilasciato dalla competente Commissione Medica n. \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_



**CITTÀ METROPOLITANA DI BARI**  
**SERVIZIO WELFARE- CONTROLLO DEI FENOMENI**

che al proprio figlio/a l'ASL territorialmente competente ha rilasciato la seguente diagnosi funzionale	
che il proprio/a figlio/a non è autosufficiente ed è affetto da patologia che comporta l'impossibilità oggettiva di usufruire dei servizi pubblici di trasporto	
che il proprio/a figlio/a necessita di pedana, di altro idoneo ausilio o sistema a bordo dell'automezzo	
che sono impossibilitati ad effettuare, direttamente, l'accompagnamento del proprio/a figlio/a a scuola	
che non vi sono altri familiari conviventi che possano garantire il trasporto a scuola dell'alunno	
che l'I.S.E.E. familiare è pari/inferiore a € 15.000,00 come da certificazione n. _____ rilasciata dall'INPS il _____	

Alla presente istanza allegano:

- 1) fotocopia dei documenti di riconoscimento in corso di validità;
- 2) fotocopia di certificazione attestante la disabilità grave ex art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992.

I sottoscritti, dichiarano di aver letto e compreso l'informativa della Città Metropolitana di Bari ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. U.E. 2016/679.

Luogo, data	Firme

I sottoscritti, dopo aver letto e compreso l'informativa della Città Metropolitana di Bari ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, acconsentono al trattamento dei seguenti dati personali per finalità di verifica della qualità del servizio

<b>Telefono fisso</b>	<b>Telefono mobile</b>
<b>Fax</b>	<b>Indirizzo mail</b>
<b>Luogo, data</b>	<b>Firme</b>