

Allegato A)

Spett.le COMUNE DI FROSINONE
Settore Welfare – Servizi Sociali
U.O. Pubblica Istruzione
Piazza VI Dicembre - 03100 Frosinone

Oggetto: Richiesta trasporto studente/ssa diversamente abile – Scuole Secondarie del II Ciclo del sistema nazionale di istruzione e i Centri di Formazione Professionale accreditati in relazione ai percorsi di assolvimento del diritto/dovere di istruzione e formazione – L.R. n. 17/2015 e L. 104/92, per l’Anno Scolastico 2026/2027.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente in _____ Via _____ n. _____, C.A.P. _____,
recapito telefonico _____ e-mail _____
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

ai sensi della L.R. n. 17/2015 e L. 104/92 e succ. mod., l'attivazione del supporto organizzativo del trasporto per il/la propri__ figli__ _____
dall'abitazione alla sede dell'Istituto Scolastico _____ con
sede in _____ Via _____ n. _____ e viceversa.

A tal fine, consapevole di quanto previsto dagli articoli nn.75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in modo particolare delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni non corrispondenti al vero

DICHIARA

In qualità di tutore/tutrice del minore diversamente abile

- che è nato/a _____ (Prov. __) il _____ ;
- che è residente nel Comune di _____ (Prov. __) via _____ n. ____;
- che ha il seguente Codice Fiscale: . |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|;
- che è iscritto/a nell'anno scolastico **2026/2027** alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto suddetto;
- che la propria abitazione dista Km. _____ (**percorso stradale più breve**) dalla sede dell'Istituto
suddetto;
- che è stato riconosciuto invalido grave, ai sensi della Legge 104/1992, art. _____ comma _____
e tuttora permane tale situazione, giusto verbale n. _____ del _____
rilasciato dalla Commissione Medico Legale;

TIPOLOGIA DI DISABILITA' CERTIFICATA AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

- ☐ fisica
- ☐ psichica
- ☐ sensoriale uditiva
- ☐ sensoriale visiva

Il progetto è in continuità con gli anni precedenti? Sì ☐ No ☐

In particolare (*barrare la casella che interessa*)

☐ **l'attivazione di un servizio** di trasporto e di accompagnamento, specificando che il citato familiare diversamente abile è:

☐ frequenterà la scuola in ☐ 3 - ☐ 4 - ☐ 5 - ☐ 6 – giorni a settimana.

Città (Prov.) – e.mail

- Copia Documento di Identità del richiedente in corso di validità;
- Copia dell'accertamento dello stato di alunno disabile ai sensi della L. n. 104/1992 (Verbale del Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile ai sensi di legge);

N.B. Il presente modulo dovrà pervenire in busta chiusa con la dicitura “Trasporto Scolastico Studenti con Disabilità II Ciclo” presso l’ufficio di Protocollo Generale (Piazza VI Dicembre) o in forma telematica a mezzo posta certificata (pec@pec.comune.frosinone.it), tassativamente dal 7 Agosto all’11 Settembre 2026.

In fede