

- Cognome e Nome: _____
- Luogo e Data di Nascita: _____
- Codice Fiscale: _____
- Classe frequentata (A.S. 2026/2027): _____
- Plesso scolastico: _____
- ☐ usufruisce già del servizio scuolabus
- ☐ non usufruisce del servizio scuolabus

Disabilità riconosciuta?

☐ NO ☐ SI → Specificare: _____

☐ DATI DELL'ALUNNO/A – FIGLIO/A 2 (se presente)

- Cognome e Nome: _____
- Luogo e Data di Nascita: _____
- Codice Fiscale: _____
- Classe frequentata (A.S. 2026/2027): _____
- Plesso scolastico: _____
- ☐ usufruisce già del servizio scuolabus
- ☐ non usufruisce del servizio scuolabus

Disabilità riconosciuta?

☐ NO ☐ SI → Specificare: _____

☐ DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- ☐ Copia documento di identità del genitore/tutore
- ☐ Eventuale certificazione medica (disabilità)

Luogo: ____

Data: ____/____/____

Firma del genitore/tutore: _____

☐ Modalità di consegna:

Il modulo compilato deve essere consegnato **IMPROROGABILMENTE ENTRO IL 22/09/2027:**

- **A mano presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune;**
- **Oppure via mail, all'indirizzo: campofilone@ucvaldaso.it (ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO del genitore)**