



Comune di GIOVINAZZO

Città Metropolitana
di Bari

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
GIOVINAZZO

Oggetto: **Trasporto scolastico a.s. 2021-2022.**

Il/La sottoscritto/a _____ padre/madre

del disabile / minore _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Giovinazzo in

Via _____ n. _____, recapito telefonico _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio trasporto scolastico per il disabile frequentante la scuola nel territorio comunale.

A tal fine allega:

- copia attestazione ISEE in corso di validità
- fotocopia attestato di Invalidità

Dichiara che lo/a stesso/a frequenta

Istituto: _____

Scuola Materna

Scuola Elementare

Giovinazzo, _____

Il richiedente
