



Al Comune di Sesto San Giovanni  
Settore Socio Educativo

**DOMANDA ATTIVAZIONE SERVIZIO TRASPORTO**

Il/la sottoscritto/a .....  
(Nome e cognome del richiedente)

In qualità di

- Genitore*
- Esercente la potestà genitoriale*
- Familiare*
- Tutore legale/Amministratore di sostegno*

**Chiedo l'erogazione del servizio di trasporto per l'anno 2019/2020 per l'utente:**

**Nome e Cognome** .....

Condizione motoria utente trasportato:

- Deambulante*
- Non deambulante*

*(Barrare la casella interessata)*

Ausili utilizzati per la mobilità:

- Carrozzina a motore*
- Carrozzina non pieghevole di dimensioni non standard*
- Carrozzina standard con l'obbligo di rimanere in carrozzina*
- Carrozzina pieghevole senza l'obbligo di rimanere in carrozzina*
- Altri ausili per la mobilità .....*

*(Barrare la casella interessata)*

L'utente necessita di accompagnatore:

- Sì*
- No*

Tragitto richiesto:

- Solo andata*
- Solo ritorno*
- Andata e ritorno*

Partenza da Via/P.zza ..... città di .....

Luogo di destinazione .....  
(indicare nome istituto/scuola/centro di riabilitazione)  
sito in Via/P.zza ..... città di .....  
(indicare indirizzo destinazione)

Giorni di frequenza trasporto:

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì

(Barrare la casella interessata)

Orari di frequenza presso il luogo di destinazione:

dalle h. .... alle h. ....

Durata del servizio di trasporto richiesto dal giorno ..... al giorno .....  
(Indicare l'intero periodo per il quale si richiede l'attivazione del servizio)

Autocertificazione valore ISEE anno in corso € ..... scadenza .....  
(inserire importo e scadenza ISEE)

#### Dichiaro di essere al corrente che:

1. La priorità viene data agli studenti della scuola dell'obbligo.
2. Se le risorse del Comune non dovessero soddisfare tutte le richieste verrà fatta una lista d'attesa.
3. E' richiesta una contribuzione per il trasporto da e verso i centri diurni disabili e i centri di riabilitazione, in base all'ISEE e che il pagamento è dovuto dal primo giorno di avvio del servizio sino a definitiva dimissione.
4. Che alla presente istanza, se valutata positivamente verrà data risposta dal Servizio Gestione Amministrativa – Trasporto sociale entro 30 giorni

Sono altresì consapevole che se il servizio mi sarà assegnato dovrò comunicare ai fini del buon funzionamento dello stesso :

- qualsiasi variazione di orario, giorni di frequenza e chiusure relative ai calendari scolastici
- le assenze per qualsiasi motivo

Inoltre, mi impegno sin da ora al pagamento della retta richiesta concordando con l'ufficio Gestione Trasporti – Via B.Croce, 12 la modalità relative al pagamento della stessa

Allego:

- Verbale di invalidità
- Per chi richiede il trasporto per terapie: certificazione rilasciata dal centro di riabilitazione che indica giorni e orari di frequenza
- Diagnosi funzionale (con barrato il trasporto)
- Isee in corso di validità

Data .....

.....  
Firma del richiedente