



**COMUNE DI OLBIA**  
**ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI,**

Al Sig. Sindaco  
Comune di Olbia

**OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO PERSONE  
CON DISABILITÀ ai sensi della Legge Regionale n. 23/2005.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER SÉ/OVVERO PER**

\_\_\_\_\_ (relazione di parentela)

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

di essere ammesso a fruire del servizio Trasporto scolastico persone con disabilità

**Partenza:** \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Arrivo:**

Scuola \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Andata / ritorno \_\_\_\_\_

Nei giorni di \_\_\_\_\_

Nei seguenti orari \_\_\_\_\_

Data richiesta per l'avvio del servizio \_\_\_\_\_

Altro:

---

---

---

---

---

**Allega alla presente:**

- Copia del certificato attestante la **condizione di disabilità** fisica o psichica (verbale di accertamento ex Legge n.104/1992, art. 3 comma 3, in corso di validità) o certificato medico attestante il **grado di autonomia nella deambulazione** e l'impossibilità ad effettuare lo spostamento in autonomia per motivazioni di natura fisica o psichica;
- **Dichiarazione personale** che indichi la residenza e la composizione del nucleo familiare, l'impossibilità accertata dalla rete familiare di garantire servizi di accompagnamento e che attesti il possesso degli altri requisiti per l'ammissione al servizio che concorrano all'attribuzione di punteggio;
- Copia di un **documento d'identità** in corso di validità;
- Autocertificazione dell'attestazione **ISEE** (Ordinario o corrente, minorenni o sociosanitario in corso di validità ai sensi della normativa vigente).

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Olbia, li \_\_\_\_\_

**Il Responsabile del procedimento provvederà alla verifica d'ufficio presso le Banche dati custodite dalle Pubbliche Amministrazioni interessate in merito delle dichiarazioni rese.**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Firma per accettazione

---

**INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Firma per accettazione

---

N.B. Ogni comunicazione inerente la sospensione, l'interruzione o la modifica del servizio dovuta ad esigenze dell'utente dovrà essere tempestivamente inoltrata all'A.S.P.O.

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO (non compilare)**

**PROGRAMMA**

---

---

---

---

---

**DATA INIZIO SERVIZIO** \_\_\_\_\_

**VARIAZIONI**

**DATA** \_\_\_\_\_

---

---

---

**NOTE**

---

---

---

---

---