

2. Modulo di Manifestazione di Interesse

Trasporto scolastico studenti con disabilità – Avviso esplorativo

Anno scolastico 2025/2026

Comune di Canicattì

Dati del minore

Cognome e Nome del minore	
Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
Codice fiscale del minore	
Indirizzo di residenza	
Plesso scolastico e classe (a.s. 2025/2026)	
Certificazione di disabilità (tipo / legge di riferimento)	

Dati del/della dichiarante (genitore/tutore)

Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Telefono	
Email	
Indirizzo (se diverso dal minore)	
Relazione col minore (genitore/tutore)	

Composizione del nucleo familiare (indicare tutti i componenti con età)

Numero di minori con disabilità nel nucleo: _____

Numero totale di minori nel nucleo (0-17 anni): _____

Condizione lavorativa dei genitori (barrare la voce che interessa):

- Due genitori che lavorano
- Nucleo monogenitoriale con unico genitore lavoratore
- Altro (specificare): _____

ISEE in corso di validità (se disponibile): € _____

Indirizzo di partenza per il trasporto (via, n., CAP):

Orario di ingresso/uscita scuola: ingresso ____ : ____ uscita ____ : ____

Breve descrizione del fabbisogno di trasporto (es. presenza di accompagnamento, ausili, note particolari):

Documentazione da allegare (copia semplice):

- Documento d'identità del/della dichiarante
- Stato di famiglia o autocertificazione
- Certificazione di disabilità del minore
- Iscrizione/frequenza alla scuola per l'a.s. 2025/2026
- Attestazione ISEE (se disponibile)
- Dichiarazione sulla condizione lavorativa dei genitori
- Altra documentazione (specificare): _____

Informativa sul trattamento dei dati: i dati personali saranno trattati ai sensi del Reg. (UE) 2016/679 esclusivamente per le finalità connesse al presente procedimento. Informativa completa disponibile sul sito istituzionale.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000):

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il
__ / __ / ____, CF _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a sopra indicato/a,
dichiara che le informazioni rese nel presente modulo corrispondono a verità e prende atto che in
caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici previsti e potrà essere perseguito ai sensi di
legge.

Data e firma del/della dichiarante: _____