

**Oggetto: trasporto minori con disabilità.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_,

in qualità di genitori/tutore del minore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere.

**CHIEDE**

Che il proprio figlio/a venga ammesso al servizio di trasporto per utenti con disabilità.

**ALLEGA**

- Copia di un documento d'identità, in corso di validità dei genitori e del minore;
- Copia della documentazione che attesti lo stato di disabilità ai sensi della legge 104/92

Il/la dichiarante, si impegna a comunicare qualsiasi cambiamento della propria situazione.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Il servizio sarà garantito prioritariamente ai soggetti residenti nelle isole minori, nelle frazioni alte di Lipari.**