

OGGETTO: anno scolastico.....– servizio trasporto diversamente abili.

Il/La Sottoscritt.....

Residente in Capena Via/P.zza/Loc.....

Tel. genitore, dell'alunno/a.. ..

CHIEDE

L'utilizzo del servizio gratuito di trasporto scolastico per diversamente abili per il figlio frequentante:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INFANZIA IOLANDA DI SAVOIA | <input type="checkbox"/> TEMPO PIENO | <input type="checkbox"/> TEMPO MODULO |
| <input type="checkbox"/> INFANZIA SANTA MARTA | <input type="checkbox"/> TEMPO PIENO | <input type="checkbox"/> TEMPO MODULO |
| <input type="checkbox"/> PRIMARIA SALVO D'ACQUISTO | <input type="checkbox"/> TEMPO PIENO | <input type="checkbox"/> TEMPO MODULO |
| <input type="checkbox"/> PRIMARIA SANTA MARTA | | |
| <input type="checkbox"/> MEDIA SAN LEONE | | |

CLASSE.....SEZIONE.....

ORARIO ENTRATA

ORARIO USCITA GIORNI:.....

DATA.....FIRMA.....