

**Spett.le Provincia di Brindisi****Servizio 1**Via De Leo, n°3  
72100 BRINDISI

Invio tramite:

- PEC: [provincia@pec.provincia.brindisi.it](mailto:provincia@pec.provincia.brindisi.it)  
(riceve anche da PEO)
- Racc. A/R
- Brevi mani presso l'ufficio posta  
in arrivo

**OGGETTO: Trasporto scolastico assistito per studenti disabili gravi: rilevazione del fabbisogno anno scolastico 2020/2021.**

Il/la sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza	

Nella sua qualità di <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ dello/a studente/ssa di cui si indicano le seguenti generalità anagrafiche:

Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Luogo di residenza <sup>2</sup>	
Domicilio <sup>3</sup>	
Istituto di scuola media superiore da frequentare nell'anno scolastico 2020/2021 <sup>4</sup>	
Sede dell'istituto	
Classe da frequentare	

<sup>1</sup> Genitore, tutore o curatore;<sup>2</sup> occorre la residenza in uno dei 20 comuni facenti parte della provincia di Brindisi;<sup>3</sup> da indicare solo se diverso dalla residenza;<sup>4</sup> occorre che trattasi di scuola media superiore con sede nel territorio provinciale;

## CHIEDE

che l'Amministrazione Provinciale in indirizzo valuti la presente domanda volta a consentire l'accesso al servizio di trasporto scolastico assistito per disabili a favore del/la predetto/a studente/ssa.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 75 e 76 del D.P.R. N°445/2000, sotto la sua personale responsabilità e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci,

## DICHIARA

1. che i dati anagrafici sopra riportati sono corrispondenti al vero;
2. Dichiaro di aver preso visione della delibera G.R. n° 996 del 12/06/2018 e, in particolar modo, dell'allegato 1- ALLEGATO TECNICO PER LA RIORGANIZZAZIONE OMOGENEA DEI SERVIZI SUL TERRITORIO, di cui la provincia di Brindisi ha preso atto con decreto presidenziale n° 38 del 25.06.18.
3. che lo/a studente/ssa presenta **una grave minorazione**  fisica,  psichica o  sensoriale<sup>5</sup>,  stabilizzata,  progressiva o  temporanea<sup>6</sup> e che, a causa di tale situazione, è nella condizione di **impossibilità assoluta ad utilizzare i normali mezzi di trasporto pubblico**;
4. che nessun componente del nucleo familiare o altro convivente con lo/a studente/ssa disabile può favorire e consentire o l'uso dei mezzi pubblici o il trasporto privato dal domicilio alla sede scolastica e viceversa;
5. che il nucleo familiare cui lo/a studente/ssa disabile appartiene e convivente con lo stesso è come di seguito composto:

Cognome	Nome	Parentela/affinità con il/la disabile	data di nascita

5. che il titolo di studio del padre è il seguente: .....  
ed attualmente svolge la seguente professione: .....  
che il titolo di studio della madre è il seguente: .....  
ed attualmente svolge la seguente professione: .....

## INFINE, DICHIARA

1. Che, nel caso di accoglimento dell'istanza, il servizio di trasporto necessita dal luogo di  domicilio o  residenza<sup>7</sup>  
di via \_\_\_\_\_  
Alla scuola di via \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> segnare solo la minorazione ricorrente nel caso specifico;

<sup>6</sup> segnare solo la condizione che ricorrente nel caso specifico;

<sup>7</sup> segnare solo la condizione che ricorrente nel caso specifico;

dal lunedì al venerdì

dal lunedì al sabato<sup>8</sup>

andata ore \_\_\_\_\_ e/o ritorno ore \_\_\_\_\_<sup>9</sup>

**ben sapendo che tale indicazione è necessaria ai fini della programmazione delle linee di trasporto, ma non vincolante per l'Ente in quanto trattasi di trasporto "di linea" e non ad personam.**

2. che per ogni comunicazione inerente la presente istanza il/la sottoscritto/a è reperibile come segue:

telefono fisso \_\_\_\_\_

telefono mobile \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

3. **dichiara, infine, di ben conoscere che lo studente trasportato dovrà attenersi alle prescrizioni sanitarie stabilite dai protocolli vigenti, ai fini della Prevenzione del Covid 19 e che l'eventuale necessità di dispositivi di protezione personale, saranno a carico della famiglia, fermo gli obblighi di igienizzazione e sanificazione, distanziamento a carico della ditta che gestirà il trasporto.**

luogo e data \_\_\_\_\_

firma leggibile del/la dichiarante

\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

1. copia integrale della Certificazione di disabilità grave (ex art. 3 comma 3 L.n. 104/09 dalle competenti commissioni ASL) da cui risulti che lo/a studente/ssa non è autosufficiente ed è affetto da patologia che comporta l'impossibilità oggettiva ed assoluta di usufruire dei servizi pubblici di trasporto;
2. Dichiarazione per la tutela della privacy, redatta e firmata come da schema tipo in uso presso i servizi sociali della Provincia di Brindisi;
3. Fotocopia di valido documento d'identità del/la dichiarante.

---

<sup>8</sup> segnare solo l'opzione necessaria;

<sup>9</sup> cancellare l'opzione se non interessa.