

	Amministrazione destinataria Comune di Rivolta D'Adda Ufficio destinatario Servizi sociali e scolastici	
---	--	--

Richiesta di variazione relativa al servizio di trasporto scolastico

anno scolastico 2017/2018

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

<input type="checkbox"/>	la modifica relativa alla modalità di fruizione del servizio <i>(la nuova modalità di fruizione del servizio è quella sotto indicata, per ciascun figlio, nella porzione sottostante)</i>
<input type="checkbox"/>	l'aggiornamento dei dati relativi alla residenza <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore/affidatario)</i>
<input type="checkbox"/>	l'aggiornamento dei dati relativi ai recapiti personali (E-mail, E-mail PEC, telefono, fax) <i>(i nuovi dati sono quelli indicati per il genitore/affidatario)</i>
<input type="checkbox"/>	l'aggiornamento dei dati relativi alla scuola frequentata <i>(i nuovi dati sono quelli indicati, per ciascun figlio, nella porzione sottostante)</i>

<input checked="" type="checkbox"/> generalità del minore per il quale si chiede la variazione (1° figlio)			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita
			Cittadinanza
Tipologia servizio richiesto			
<input type="radio"/>	solo andata		
<input type="radio"/>	solo ritorno		
<input type="radio"/>	andata e ritorno		
Altro			
<input type="checkbox"/>	disabilità	<input type="checkbox"/>	affido

<input type="checkbox"/> generalità del minore per il quale si chiede la variazione (2° figlio)			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita
			Cittadinanza
Tipologia servizio richiesto			
<input type="radio"/>	solo andata		
<input type="radio"/>	solo ritorno		
<input type="radio"/>	andata e ritorno		
Altro			
<input type="checkbox"/>	disabilità	<input type="checkbox"/>	affido

generalità del minore per il quale si chiede la variazione (3° figlio)

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Tipologia servizio richiesto				
<input type="radio"/>	solo andata			
<input type="radio"/>	solo ritorno			
<input type="radio"/>	andata e ritorno			
Altro				
<input type="checkbox"/>	disabilità		<input type="checkbox"/>	affido

generalità del minore per il quale si chiede la variazione (4° figlio)

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Tipologia servizio richiesto				
<input type="radio"/>	solo andata			
<input type="radio"/>	solo ritorno			
<input type="radio"/>	andata e ritorno			
Altro				
<input type="checkbox"/>	disabilità		<input type="checkbox"/>	affido

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del certificato di invalidità civile rilasciato dall'ufficio medico - legale dell'ATS oppure certificato della commissione medica della Regione Lombardia <i>(da allegare solo se è richiesta la riduzione della tariffa per disabilità)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Rivolta D'Adda		
Luogo	Data	Il dichiarante