



AZIENDA AUTONOMA DI STATO
PER I SERVIZI PUBBLICI



REP. SAN MARINO – Via A. di Superchio, 16 – 47893 CAILUNGO (B-5)
Tel. 0549 883700 – Fax 0549 883720 – e-mail: info@aass.sm – www.aass.sm
Cod.Op. Econ. SM 02463

MODULO PER RICHIESTA TRASPORTO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a: _____

genitore/tutore dell'alunno/a: _____

nato/a il: _____ residente località: _____

via: _____ n° _____

tel.: _____ cell.: _____

iscritto/a presso la scuola/plesso: _____ classe : _____

Chiede:

- ☐ Per l'indirizzo di residenza.
- ☐ Per destinazione diversa dall' indirizzo di residenza (indicare nei campi sottostanti).

via: _____ n°: _____ località: _____

- ☐ **NON** sono interessato/a al trasporto scolastico.

L' ammissione al servizio di trasporto con le seguenti modalità:

- ☐ Andata e ritorno.
- ☐ Solo andata.
- ☐ Solo ritorno.

SOLO PER ALUNNI DALLA TERZA ELEMENTARE IN POI

Comunichiamo che nostro/a figlio/a proseguirà il tragitto dal punto di discesa dal pullman:

- ☐ Con accompagnatore.
- ☐ Senza accompagnatore.

Dichiara:

- Di aver preso visione del Regolamento Utenti Servizio Scolastico.
- Di aver preso visione dell'**Informativa sul trattamento dei dati personali – utenti del servizio trasporti** ai sensi dell'Art. 13 e dell'Art. 14 della Legge 21 dicembre 2018 n. 171 "Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali".
- Di accettare **integralmente ed incondizionatamente**, senza riserva alcuna, le **condizioni contenute nei suddetti documenti**.

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
