

Oggetto: Trasporto minori disabili.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____
Tel. _____

CHIEDE

che il proprio figlio/a _____ ,
nato/a a _____ il _____
venga ammesso/a al servizio in oggetto, ai sensi della L.R. 68/81, art. 6 .

Allega alla presente :

- Attestato di frequenza rilasciato dal Centro di Riabilitazione – ASP n. 5 – Distretto di Lipari .

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

Data _____

Firma del genitore (o tutore)
