Oggetto: Trasporto minori disabili.

Il/la sottoscritto/a	
nato/ail _	
residente in	Via
Tel	
	CHIEDE
che il proprio figlio/a	
nato/a a il	
venga ammesso/a al servizio in og	ggetto, ai sensi della L.R. 68/81, art. 6.
Allega alla presente : • Attestato di frequenza rilaso Distretto di Lipari .	ciato dal Centro di Riabilitazione – ASP n. 5 –
*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)

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196/03 il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali da parte dell'Amministrazione Comunale per le finalità di gestione della pratica.