



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 F.

MODULO PER RICHIESTA TRASPORTO SCOLASTICO SCUOLA MEDIA

Il/la sottoscritto/a: _____ titolare della potestà genitoriale/tutore

dell'alunno/a _____ nato/a il: _____

residente in località: _____ via: _____ n° _____

codice I.S.S. _____ tel. : _____ cell. : _____

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

Con la presente:

- Riferisce di **NON** essere interessato/a al Servizio di Trasporto.
- Chiede l'ammissione al Servizio di Trasporto.

Dichiara inoltre:

- 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 _____