



L.R. 26/2001 DIRITTO ALLO STUDIO

TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI DISABILI A.S. 2023/2024

RILEVAZIONE DATI SCHEDA A2 DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA ENTRO IL 15 OTTOBRE 2023

COMUNE DI _____

ENTE AL QUALE SARA' LIQUIDATO IL CONTRIBUTO _____

CARATTERISTICHE DEL TRASPORTO SCOLASTICO

DESCRIZIONE DEI SERVIZI OFFERTI AGLI ALUNNI CON DEFICIT

TIPOLOGIA DEI MEZZI UTILIZZATI PER IL TRASPORTO (es. autovettura-pulmino-bus di linea) _____

CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

APPALTO	<input type="checkbox"/>	GESTIONE DIRETTA	<input type="checkbox"/>	CONVENZIONE	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

PREVISIONE ANNUALE: SOMMA DEI KILOMETRI CHE SI PREVEDE DI PERCORRERE IN TUTTO L'ANNO SCOLASTICO 2023/2024 DA TUTTI I MEZZI ESCLUSIVAMENTE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO DISABILI

ATT.NE si prega di indicare il dato annuale

KILOMETRI <u>ANNUALI</u> IN TERRITORIO COMUNALE	TOT	NOTA: In questa sezione vanno indicati solamente i chilometri percorsi dai mezzi adibiti al trasporto dei soli alunni disabili con o senza assistenza sul mezzo.
KILOMETRI <u>ANNUALI</u> IN TERRITORIO EXTRA COMUNALE	TOT	
KILOMETRI TOTALI ANNUALI		

PARTICOLARI CONVENZIONI/ACCORDI PER SERVIZI SOVRACOMUNALI

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE

SI	Indicare quali:
NO	



L.R. 26/2001 DIRITTO ALLO STUDIO

TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI DISABILI A.S. 2023/2024

**RILEVAZIONE DATI SCHEDA A2 DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA ENTRO
IL 15 OTTOBRE 2023**

PREVISIONE DATI RELATIVI ALL'UTENZA TRASPORTATA

TIPOLOGIE PER FASCIA DI ETA'	N. STUDENTI CON DEFICIT TRASPORTATI	N. ORE PRESTATE SUI MEZZI DAL PERSONALE DI ASSISTENZA
SERVIZI DI TRASPORTO SCUOLE INFANZIA		
SERVIZI DI TRASPORTO SCUOLE PRIMARIE		
SERVIZI DI TRASPORTO SCUOLE SECONDARIE DI I°		
SERVIZI DI TRASPORTO SCUOLE SECONDARIE DI II° ED EFP		
TOT		

PREVISIONE DEI COSTI DEL SERVIZIO A.S. 2023/2024

1. COSTO COMPLESSIVO PREVISTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO DISABILI CON <u>ESCLUSIONE DEI COSTI DI ASSISTENZA</u>	EURO	
2. COSTO COMPLESSIVO PREVISTO PER ORE DI ASSISTENZA PRESTATE SUI MEZZI	EURO	
TOTALE COSTO (PUNTO 1 + PUNTO 2)	EURO	

RIFERIMENTI DEL COMPILATORE

NOME E COGNOME DEL REFERENTE _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

UFFICIO SEDE: _____

DATA _____

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

FIRMA _____