

TRASPORTO SCOLASTICO ORDINARIO A.S. 2025/2026 SCHEDA A1

DATI DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA ENTRO IL 15 OTTOBRE 2025

COMUNE DI _____

ENTE AL QUALE SARA' LIQUIDATO IL CONTRIBUTO _____

CARATTERISTICHE DEL TRASPORTO SCOLASTICO

PREVISIONE MEZZI UTILIZZATI

Gestione diretta	n.
Servizio esternalizzato	n.
Mezzi pubblici	n.
altro	n.
TOT.	

Mezzi idonei al trasporto di disabili fisici impiegati n.

PREVISIONE DATI RELATIVI ALL'UTENZA TRASPORTATA:

TIPOLOGIA SCUOLE	N. SCUOLE SERVITE	N. STUDENTI TRASPORTATI	DI CUI MASCHI	DI CUI FEMMINE	NOTA
INFANZIA STATALI					Il dato richiesto è riferito al solo servizio di trasporto ordinario effettuato per l'accesso a tutte le attività didattiche in orario scolastico.
INFANZIA COMUNALI					
INFANZIA PARITARIE					
TOT					
PRIMARIE STATALI					
PRIMARIE COMUNALI					
PRIMARIE PARITARIE					
TOT					
SECONDARIE 1° GRADO STATALI					
SECONDARIE 1° GRADO COMUNALI					
SECONDARIE 1° GRADO PARITARIE					
TOT					

TRASPORTO SCOLASTICO ORDINARIO A.S. 2025/2026 SCHEDA A1

DATI DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA ENTRO IL 15 OTTOBRE 2025

PREVISIONE CHILOMETRI DA PERCORRERE IN UN GIORNO PER TRASPORTO ORDINARIO

ATT.NE SI PREGA DI INDICARE IL DATO GIORNALIERO ED IL NUMERO EFFETTIVO DEI GIORNI DI TRASPORTO SCOLASTICO

KM. GIORNALIERI IN TERRITORIO COMUNALE – TOT	Km nr.	Giorni 	NOTA: La ripartizione dei contributi sarà effettuata moltiplicando i dati forniti per il numero di giorni previsti per il servizio e comunque non oltre il numero di giorni di durata effettiva dell'anno scolastico indicati dalla Regione Emilia Romagna (205) Si ricorda che i dati chilometrici forniti in maniera diversa da quanto richiesto saranno riparametrati d'ufficio al valore minimo di giorni del calendario scolastico.
KM. GIORNALIERI IN TERRITORIO EXTRA COMUNALE - TOT	Km nr.		

FACILITAZIONI DI VIAGGIO PREVISTE (AD ESEMPIO: SCONTI SU ABBONAMENTI - TARIFFE RIDOTTE – ESONERI)

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE

SI	<i>Specificare la tipologia:</i>
NO	

PREVISIONE DEI COSTI DEL SERVIZIO A.S. 2025/2026

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO ORDINARIO (ESCLUSO OGNI COSTO PER TRASPORTO DISABILI)	EURO	
--	------	--

**ELEMENTI CHE COMPONGONO LA SPESA
DI CUI:**

CONTRIBUTO COMPLESSIVO DELL'UTENZA	EURO	
EVENTUALI ALTRI CONTRIBUTI DA PRIVATI E/O ENTI	EURO	
COSTO MASSIMO SOSTENUTO DAL SINGOLO UTENTE - stimato	EURO	
NUMERO UTENTI CHE PAGANO IL SERVIZIO	TOT	
NUMERO UTENTI CHE UTILIZZANO IL SERVIZIO GRATUITAMENTE	TOT	

IL RESPONSABILE

FIRMA _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

DATA _____