

COMUNE DI MADONNA DEL SASSO

Provincia del Verbano Cusio Ossola

Piazza I° Maggio, 1 – C.A.P. 28894 - Codice Fiscale 00311870034 - Tel. 0322/981177 - Fax 0322/981900

E-Mail: municipio@comune.madonnadelsasso.vb.it - Web: www.comune.madonnadelsasso.vb.it

DOMANDA ISCRIZIONE SERVIZIO SCUOLABUS ANNO SCOLASTICO 2026/2027

Il sottoscritto (Genitore).....nato il

a.....C.F.....

Residente a in

Tel.e-mail

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SCUOLABUS

Per mio/a figlio/anato il.....

a.....C.F.....

Residente a in via

frequentante la scuola:

- ☐ Scuola Materna San Maurizio d'Opaglio
- ☐ Scuola Materna Giacomini San Maurizio d'Opaglio
- ☐ Scuola Elementare San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____
- ☐ Scuola Elementare Alzo di Pella CLASSE _____
- ☐ Scuola Media San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____

Si richiede il trasporto con le seguenti modalità: ☐ **Andata e Ritorno** ☐ **Solo Andata** ☐ **Solo Ritorno**

Per mio/a figlio/anato il.....

a.....C.F.....

Residente a in via

frequentante la scuola:

- ☐ Scuola Materna San Maurizio d'Opaglio
- ☐ Scuola Materna Giacomini San Maurizio d'Opaglio
- ☐ Scuola Elementare San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____
- ☐ Scuola Elementare Alzo di Pella CLASSE _____
- ☐ Scuola Media San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____

Si richiede il trasporto con le seguenti modalità: ☐ **Andata e Ritorno** ☐ **Solo Andata** ☐ **Solo Ritorno**

Per mio/a figlio/anato il.....
a.....C.F.....
Residente a in via
frequentante la scuola:

- ☐ Scuola Materna San Maurizio d'Opaglio
☐ Scuola Materna Giacomini San Maurizio d'Opaglio
☐ Scuola Elementare San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____
☐ Scuola Elementare Alzo di Pella CLASSE _____
☐ Scuola Media San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____

Si richiede il trasporto con le seguenti modalità: ☐ **Andata e Ritorno** ☐ **Solo Andata** ☐ **Solo Ritorno**

Per mio/a figlio/anato il.....
a.....C.F.....
Residente a in via
frequentante la scuola:

- ☐ Scuola Materna San Maurizio d'Opaglio
☐ Scuola Materna Giacomini San Maurizio d'Opaglio
☐ Scuola Elementare San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____
☐ Scuola Elementare Alzo di Pella CLASSE _____
☐ Scuola Media San Maurizio d'Opaglio CLASSE _____

Si richiede il trasporto con le seguenti modalità: ☐ **Andata e Ritorno** ☐ **Solo Andata** ☐ **Solo Ritorno**

Dichiaro inoltre di:

- di essere a conoscenza che, ai sensi degli articoli 14 e 15 del GDPR 2016/679 i dati personali forniti con questo modulo saranno trattati esclusivamente per le finalità legate alla gestione del servizio di trasporto scolastico e all'adempimento degli obblighi di legge. Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, garantendo la riservatezza e i diritti dell'interessato.
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente agli autisti variazioni giornaliere o improvvise sul trasporto del/la proprio/ figlio/a;
- di impegnarmi al pagamento di eventuali danni che mio/a figlio/a rechi all'automezzo o agli altri usufruttori del servizio;
- di impegnarmi a comunicare in tempo utile eventuale disdetta dal servizio di trasporto agli Uffici Comunali.

Luogo e Data:

Firma del Genitore/Tutore:

**DISCESA AUTONOMO DAL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO
PER SOGGETTI DI ETÀ INFERIORE A 14 ANNI**

Si comunica che l'autorizzazione alla discesa autonoma non è consentita per i bambini che frequentano la scuola materna e le classi prima, seconda e terza della scuola primaria.

Per gli alunni delle classi quarta e quinta, i genitori sono invitati a presentare la richiesta solo in casi di effettiva necessità. Si raccomanda di valutare attentamente il grado di autonomia del/la bambino/a e le caratteristiche del percorso di rientro a casa.

Il/La sottoscritto/a (Genitore/Tutore).....
in qualità di genitore/tutore dei seguenti minori iscritti al servizio di trasporto scolastico:

1° Bambino/a

Nome e Cognome:.....Nato/a il:

Scelta: ☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

2° Bambino/a

Nome e Cognome:.....Nato/a il:

Scelta: ☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

3° Bambino/a

Nome e Cognome:.....Nato/a il:

Scelta: ☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

4° Bambino/a

Nome e Cognome:.....Nato/a il:

Scelta: ☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Sotto la propria personale responsabilità, per i figli per i quali è stata barrata la voce "AUTORIZZO", il/la sottoscritto/a dichiara che i minori sono dotati di un grado di autonomia adeguato alle caratteristiche del percorso di rientro a casa e si impegna a monitorare il tragitto dalla fermata dello scuolabus al domicilio.

Luogo e Data:

Firma del Genitore/Tutore:

**DA RESTITUIRE COMPILATO
ENTRO IL 10/09/2026**

TRASPORTO SCOLASTICO CON SCUOLABUS – A.S.2026/27**MODULO DI DELEGA A PERSONA MAGGIORENNE**

per il ritiro del/della minore alla discesa del ritorno scuolabus

ALLEGANDO UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DICHIARANTE**II/LA SOTTOSCRITTO/A:**

Cognome	Nome

Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale
Telefono / Cellulare	Indirizzo di Posta Elettronica	

Esercente la responsabilità genitoriale/tutore ai sensi dell'art. 316 Codice Civile sul minore/minori

Cognome	Nome	Scuola e classe

- garantisce alla fermata assegnata, nel rispetto degli orari stabiliti, la presenza di un adulto di riferimento;
- a tal fine delega i sotto indicati adulti maggiorenni, responsabili al ritiro dell'allievo/utente:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Numero documento d'identità	Recapito telefonico

Ai sensi dell'Art.591 del Codice Penale, non può essere delegata PERSONA MINORE DI ANNI 18 al ritiro di un minore.

Dichiara inoltre che tali indicazioni sono maturate di comune accordo fra tutti gli esercenti la responsabilità genitoriale. La presente delega vale per tutto il periodo di fruizione del servizio di trasporto scolastico con scuolabus anno 2026/2027, fatta salva eventuale diversa e successiva comunicazione scritta.

Luogo e data, _____

FIRMA DELEGANTE _____