



Spett.le ATAC S.p.A.
Direzione Infomobilità
Dott. Gianluca Naso

MODULO RICHIESTA INCARROZZAMENTO

Il-La sottoscritto/a
(Cognome).....(Nome).....

quale rappresentante della Scuola.....
che ha sede in via/Piazza
cap.....Tel..... tel.....
email.....

Effettuerà una visita al Polo museale in data-----
Con la/le classi-----n. studenti-----
Disabili in carrozzina-----

CHIEDE

Il servizio di **incarozzamento** nel giorno_____

Partenza da-----**a**-----
Alle ore-----

Ritorno da-----**a**-----
Alle ore-----

Referente del gruppo-----tel.-----

Accompagnatori n.

Inviare alla mail infomobilita@atac.roma.it Per informazioni tel. 06-46954532-4037

- Passeggeri a ridotta mobilità SI -----NO

Firma leggibile e timbro

Data

La presente vale altresì quale autorizzazione al trattamento in forma cartacea dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03