



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](mailto: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