



Università degli Studi di Cagliari
Centro Accoglienza Studenti
Ufficio Disabilità

MODULO PER LA RICHIESTA DEL SERVIZIO TRASPORTO

Il sottoscritto nato a il .../.../....., residente a
in, iscritto per l'A.A. ____/____ al anno del corso di laurea
in....., Facoltà
telefono abitazione: cellulare: mail:

CHIEDE

di poter usufruire per l'A.A. ____/____ del Servizio Trasporto-Autonoleggio messo a disposizione
gratuitamente dall'Università degli Studi di Cagliari, per il tragitto compreso tra il proprio domicilio, in
Via n., Città e le sedi universitarie indicate nel seguente prospetto.
A tal fine comunica che le lezioni avranno inizio il giorno e proseguiranno
secondo gli orari che seguono:

Giorno	Dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	Sede della lezione
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					

Dichiara, altresì, che la propria tipologia di disabilità rientra tra le seguenti:

Motoria Motoria grave Visiva Visiva grave

Altri suggerimenti ed esigenze

.....
.....

Cagliari li _____

Firma dello studente
