



*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
<b>Lunedì</b>					
<b>Martedì</b>					
<b>Mercoledì</b>					
<b>Giovedì</b>					
<b>Venerdì</b>					
<b>Sabato</b>					

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

\_\_\_\_\_