

ISTANZA DI TRASPORTO SCOLASTICO – ANNO SCOLASTICO 2020/2021
--

II/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e Nome			
Nato/a a		Il	Nazione (se stato estero)
Residente a	Prov.	Indirizzo	CAP
Codice Fiscale		N. telefonico casa _____	
e-mail: _____		N. cellulare _____	
Nella sua qualità di <input type="checkbox"/> genitore esercente la potestà genitoriale <input type="checkbox"/> tutore			

ALUNNO/A

Cognome		Nome		Sesso	
Codice Fiscale		M	F		
Nato/a a		Il	Nazione (se nato all'estero)		
Frequentante:					
<input type="checkbox"/> Scuola primaria <i>De Amicis</i> Via Dante - classe <input type="checkbox"/> sezione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scuola primaria <i>Piazza Giovanni XXIII</i> - classe <input type="checkbox"/> sezione <input type="checkbox"/> TEMPO PIENO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <i>C. Collodi</i> Via Calabria - classe <input type="checkbox"/> sezione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <i>G. Rodari</i> Via Kennedy (zona 167 A) - classe <input type="checkbox"/> sezione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <i>Aldo Moro</i> (zona 167 B) - classe <input type="checkbox"/> sezione <input type="checkbox"/>					

CHIEDE

di usufruire del servizio di trasporto scolastico per l'a. s. 2020/2021

A tal fine DICHIARA

di essere a conoscenza di quanto disposto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, sulle conseguenze e sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità:

- di essere a conoscenza del contenuto della deliberazione G.C. n. 136 del 29.07.2020 e della deliberazione del Commissario Prefettizio n. 7 del 27.06.2018;
- di essere informato che le domande verranno accolte in ordine di arrivo al protocollo generale del Comune e sino al numero dei posti disponibili sugli scuolabus (totale n. 110 posti per la Scuola Primaria);
- di essere a conoscenza che si accede al servizio a condizione che non risultino morosità nel pagamento di mensilità arretrate o che le stesse si dimostri siano state regolarizzate (in tal caso allegare alla domanda ricevuta di pagamento);
- di essere consapevole che dopo un mese di morosità accertata, il servizio verrà sospeso sino a regolarizzazione;
- di accettare il pagamento della tariffa contributiva mensile di € 25,00 (Iva compresa) e di versarla entro e non oltre i primi 5 giorni di ogni mese tramite "bollettino premarcato TD896";

Chiede, altresì,

- che venga applicata:
 - riduzione del 50% della tariffa mensile, per il secondo/terzo figlio utente _____ frequentante la scuola _____ ;
- che venga applicato:
 - esonero dal pagamento della tariffa mensile in quanto portatore di handicap.

ALLEGA

- copia del proprio documento di riconoscimento

DICHIARA inoltre

di essere informato che i dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per i fini istituzionali del servizio.

Campi Salentina, _____

(Firma del genitore esercente potestà genitoriale o tutore)
