

Oggetto: Richiesta di trasporto scolastico.

DATI GENITORE

Il/La sottoscritto/a _____
residente in Campi Salentina alla Via _____ n. _____
Tel. 0832/_____ cell. _____
e-mail: _____

DATI ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____
frequentante la scuola:

- Scuola primaria “ E. De Amicis” Via Dante - classe sezione Tempo Pieno
- Scuola primaria “ Piazza Giovanni XXIII ” - classe sezione Tempo Pieno
- Scuola dell'Infanzia "C. Collodi" Via Calabria;
- Scuola dell'Infanzia “G. Rodari” Via Kennedy (zona 167 A)
- Scuola dell'Infanzia “Aldo Moro” (zona 167 B)

CHIEDE

Di beneficiare del servizio di trasporto per l'anno scolastico 2014/2015

A tal fine si impegna:

- A versare la quota contributiva mensile di € 22,00 anticipata, entro i primi 5 giorni di ogni mese, pena la sospensione dal servizio trasporto sino a regolarizzazione, consapevole che nessun rimborso è dovuto dall'Amministrazione in caso di parziale fruizione del servizio.
- A comunicare per iscritto l'eventuale rinuncia al servizio.

Campi Salentina, li _____

IN FEDE

Oggetto: Richiesta di Refezione Scolastica.

DATI GENITORE

Il/La sottoscritto/a _____
residente in Campi Salentina alla Via _____ n. _____
Tel. 0832/_____ cell. _____
e-mail: _____

DATI ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____
frequentante la scuola:

- Scuola primaria “ E. De Amicis” Via Dante - classe sezione
- Scuola primaria “ Piazza Giovanni XXIII ” - classe sezione
- Scuola dell'Infanzia "C. Collodi" Via Calabria;
- Scuola dell'Infanzia “G. Rodari” Via Kennedy (zona 167 A)
- Scuola dell'Infanzia “Aldo Moro” (zona 167 B)

CHIEDE

Di beneficiare del servizio di Refezione Scolastica per l'anno scolastico 2014/2015

- Allega attestazione I.S.E.E. riferita ai redditi 2013;
- Non allega attestazione I.S.E.E. in quanto assoggettato alla quota massima del ticket;
- Esonero dal pagamento del ticket in quanto portatori di handicap;
- Riduzione delle quote ticket del 30% in presenza di più figli che beneficiano contemporaneamente del servizio mensa;
- Menù personalizzato per intolleranze alimentari (specificare e allegare certificazione medica)

Campi Salentina, li _____

IN FEDE