

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 2016/2017

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, lì _____

IN FEDE
