

Al Sindaco della città di  
CAMPI SALENTINA

## 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