

# PRATICA RIMBORSO TRASPORTO SCOLASTICO AST/AMT CON ABBONAMENTO 2018/2019

AL Signor Sindaco  
del Comune di San Pietro Clarenza

Oggetto: Trasporto scolastico scuole superiori, L.R. n°24/1973 art.2  
tratta .....

**STUDENTE:** \_\_\_\_\_

NATO a ..... il .....

Il/La sottoscritto/a.....nata a .....

Il ..... C.F. ....

Dichiara sotto la propria responsabilità

1. Che il proprio figlio, per l'anno scolastico 2018/2019, ha regolarmente frequentato la classe ..... sez ..... dell'Istituto..... sito in .....
2. Ha regolarmente usufruito dei mezzi di trasporto AST/AMT per raggiungere e tornare dal sopracitato Istituto;
3. Di essere residente in questo Comune, in Via .....n° ..... Tel.....;
4. Di essere a conoscenza che il rimborso sarà subordinato all'effettivo trasferimento dei fondi Regionali;
5. Che il proprio codice IBAN è:.....
6. Che i titoli di viaggio con tesserino di riconoscimento sono i seguenti:

MESE	NUMERO ABBONAMENTO	TOTALE
OTTOBRE		
NOVEMBRE		
DICEMBRE		
GENNAIO		
FEBBRAIO		
MARZO		
APRILE		
MAGGIO		

San Pietro Clarenza, lì.....

Con Osservanza .....