

**SERVIZIO SCUOLABUS - SCUOLA MATERNA- PRIMARIA -E
SECONDARIA DI 1° GRADO**

Anno Scolastico 2018/2019

**AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI S. PIETRO CLARENZA**

Il sottoscritto.....nato il..... a

genitore dell'alunno/i.....nato il.....

.....

a, iscritto regolarmente alla scuola.....

.....classe..... del plesso scolastico sito in via.....

.....

con la presente :

CHIEDE

Alla S: V. il di poter fruire del servizio scuola-bus comunale istituito per l'anno scolastico 2018/19

Lo scrivente **dichiara sotto propria responsabilità:**

di essere residente in questo comune in

via.....n°..... tel

Dichiara inoltre, di essere a conoscenza e quindi di accettare il Regolamento del servizio di trasporto scolastico, approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n° 23 del 15/09/2015 e delibera di G.M N.85 del 17/09/2015 ;

BARRARE LA CASELLA INTERESSATA:

PRIMO FIGLIO importo pari ad € 80,00 A.S. 2018/2019 ;

SECONDO FIGLIO RIDUZIONE DEL 30% pari a € 56,00;

TERZO FIGLIO e SUCCESSIVI SERVIZIO GRATUITO.

Si allega alla presente:

-Foto tessera del proprio figlio/a;

-Ricevuta versamento sul c.c.p. n° 15901952 o dell'intera cifra o ripartita in due rate ciascuno oppure su CODICE IBAN ~~IT 67 80503684 2200 0051 1357333~~ intestato al Comune di S.P.CLARENZA

-Fotocopia I.S.E.E(REDDITI ANNO 2017) con reddito € 0,00 nessun versamento.

IT 78X 0503684 020T 20750 510001

Con Osservanza.....