

MODULO DI RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO PER STUDENTI DISABILI
FREQUENTANTI IL II CICLO - ANNO SCOLASTICO 2023/2024

AL COMUNE DI ARSOLI

Generalità del genitore o della persona che esercita la responsabilità genitoriale

NOME _____ COGNOME _____

Luogo e data di nascita _____

CODICE FISCALE _____

Residenza Anagrafica

VIA/PIAZZA _____ N. _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____

GENERALITA' DELLO STUDENTE DESTINATARIO

NOME _____ COGNOME _____

Luogo e data di nascita _____

CODICE FISCALE _____

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO O PERCORSI TRIENNALI DI IEFP

VIA/PIAZZA _____ N. _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2023/2024

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

NUMERO COMPLESSIVO DEI KM PERCORSI GIORNALMENTE DALL'ALUNNO _____

TIPO DI RIMBORSO:

[] RIMBORSI CHILOMETRICI ALLE FAMIGLIE

[] RIMBORSI DI ABBONAMENTI AL SERVIZIO DI TRASPORTO PUBBLICO PER UN COSTO MENSILE PARI A € _____ O ANNUALE PARI AD € _____ - DELL'ABBONAMENTO.

Data

Firma del Richiedente
