

OGGETTO : RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER IL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO IN FAVORE DEGLI STUDENTI CHE FREQUENTANO LA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO A.S. 2023/2024.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____

Tel. _____ nella qualità di richiedente **dichiara:**

- ❖ che il proprio figlio ha regolarmente frequentato l'anno scolastico **2023-2024**, presso l'Istituto _____;
- ❖ di essere residente in questo Comune in via _____ N. _____ e che per la frequenza al suddetto Istituto il proprio figlio/a dovrà servirsi del trasporto pubblico tratta _____ e viceversa ;
- ❖ di aver utilizzato gli abbonamenti mensili e/o settimanali solo per la frequenza scolastica;
- ❖ di aver sostenuto, nell'anno scolastico **2023-2024**, una spesa complessiva pari ad €. _____ (in lettere _____ / _____);
- ❖ di aver preso visione quanto riportato nell'Avviso Pubblico, relativamente alla **gratuità del rimborso** delle spese sostenute per l'acquisto degli abbonamenti per il trasporto scolastico, corrisposto in **misura totale** per le famiglie con attestazione **ISEE non superiore ad € 10.632,94**, e nella **misura parziale** del costo dell'abbonamento, **su eventuali somme residuali.**, per le famiglie che abbiano un attestazione **ISEE superiore ad € 10.632,94** secondo differenziate aliquote **ISEE**.

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto degli abbonamenti per il trasporto scolastico per il/la propr figli _____;

Lo scrivente allega alla presente, in originale, i seguenti abbonamenti:

- Da SETTEMBRE a DICEMBRE 2023** N. _____ abbonamenti mensili
N. _____ abbonamenti settimanali
- Da GENNAIO a MARZO 2024** N. _____ abbonamenti mensili
N. _____ abbonamenti settimanali
- Da APRILE A GIUGNO 2024 :** N. _____ abbonamenti mensili
N. _____ abbonamenti settimanali

CODICE IBAN

--

La presente dichiarazione sottoscritta dall'interessato unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante, va presentata all'ufficio protocollo del Comune di Castiglione di Sicilia, con sede in via Arc. Cali,46 o trasmessa tramite Email: ufficioservizisociali@comune.castiglionedisicilia.ct.it

Il richiedente autorizza altresì il Comune ad utilizzare i dati contenuti nel formulario per le finalità previste dalla legge, il tutto nel rispetto dei limiti posti dalla L. 675/96 e dal D. Lgs 196/2003

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
