

AL COMUNE DI COLLAZZONE
Piazza Jacopone, n.6
06050 Collazzone (PG)

Oggetto: Domanda di ammissione al servizio di trasporto scolastico a.s. 2014-2015.

Il/la sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a
nato/a a.....il.....
e residente in.....frazionein
vian.....Tel.....
e mail genitore.....
iscritto per l'anno 2014-2015 alla scuola.....
diclasse.....

CHIEDE

di usufruire del servizio di trasporto scolastico per il/la propr....figlio/a... per l'anno scolastico 2014-2015 nell'ambito del territorio comunale nella seguente modalità:

andata e ritorno

solo andata

solo ritorno

(barrare la voce che interessa) numero ScuolabusN.....

Comunica che il medesimo ai fini del pagamento del corrispettivo è da considerare:

terzo/a figlio/a utente (barrare la voce se interessa), dall'infanzia alla terza media, per l'anno scolastico 2014-2015.

Dichiara di essere consapevole delle condizioni stabilite dalla Giunta Comunale con Deliberazione n. 44 del 22/07/2014 e riportate nella comunicazione resa pubblica sul **sito web istituzionale nel link "avvisi e comunicazioni"** e si impegna a versare il corrispettivo mensile o trimestrale da effettuarsi anticipatamente e comunque entro la fine del mese o del trimestre precedente e solo per il periodo settembre-dicembre 2014 entro il giorno 10-09-2014.

Si autorizza inoltre il trattamento dei dati personali ai fini contabili ed amministrativi ai sensi del D.Lgs. n.196/2003(privacy).

Collazzone, il.....

.....
(firma del genitore)