

Al Sig. Sindaco del Comune di  
Castelnuovo di Garfagnana (LU)

### **RICHIESTA RIMBORSO ABBONAMENTO TRASPORTO SCOLASTICO 2014/2015**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA / PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

PER IL/LA FIGLIO/A (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

ISCRITTO/A ALLA SCUOLA:  dell'infanzia  primaria  secondaria di 1°  
CL.  SEZ.

IL RIMBORSO DELLA SOMMA SOSTENUTA PER L'ABBONAMENTO VAIBUS  
UTILIZZATO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO ECCELENTE LA QUOTA  
FISSATA DAL COMUNE PER I MESI DI:

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SETTEMBRE/GIUGNO | <input type="checkbox"/> FEBBRAIO |
| <input type="checkbox"/> OTTOBRE          | <input type="checkbox"/> MARZO    |
| <input type="checkbox"/> NOVEMBRE         | <input type="checkbox"/> APRILE   |
| <input type="checkbox"/> DICEMBRE         | <input type="checkbox"/> MAGGIO   |
| <input type="checkbox"/> GENNAIO          |                                   |

PER L'IMPORTO DI €

CHIEDE INOLTRE CHE LA SOMMA VENGA EROGATA

TRAMITE BONIFICO BANCARIO/POSTALE A CON IBAN:

IN CONTANTI DA INCASSARE PRESSO LO SPORTELLO DELLA TESORERIA COMUNALE.

DICHIARA di essere stato informato sul trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dalla Legge 675/1996 e di autorizzare il Comune di Castelnuovo di Garfagnana al trattamento degli stessi in relazione ai servizi richiesti.

Castelnuovo di Garfagnana, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Allegare alla presente fotocopia di un documento di identità  
o sottoscrivere la domanda alla presenza del funzionario incaricato*