

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

RICHIESTA RIMBORSO ABBONAMENTO TRASPORTO SCOLASTICO 2016/2017

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*