

Oggetto: Richiesta fruizione servizio di “trasporto alunni della Scuola dell’Infanzia – Primaria e Secondaria di Primo Grado”. A. S. 2024/2025

Il/la sottoscritto/a (Cognome e nome) _____
nat_ a _____ il _____ Cod. Fisc.: _____
residente in _____ via/piazza _____ N. _____
Tel.: _____ Cell.: _____ e-mail: _____
Pec: _____

CHIEDE

l’iscrizione al servizio di trasporto scolastico urbano per 1 propri figli
(cognome e nome) _____ nat_ a _____
il _____

frequentante la seguente Scuola dell’Istituto Comprensivo “G. Marconi” (*barrare la voce che interessa*)

- | | | |
|---|--------------|---------------|
| <input type="radio"/> Secondaria 1° grado | Classe _____ | Sezione _____ |
| <input type="radio"/> Primaria “Don Bosco” | Classe _____ | Sezione _____ |
| <input type="radio"/> Primaria “G. Verga” | Classe _____ | Sezione _____ |
| <input type="radio"/> Infanzia “Sorelle Agazzi” | Classe _____ | Sezione _____ |
| <input type="radio"/> Infanzia “Gabbia” | Classe _____ | Sezione _____ |
| <input type="radio"/> Infanzia “Giammoro” | Classe _____ | Sezione _____ |

SI IMPEGNA

1. A **versare la quota** di compartecipazione pari a:
 - € 7,00 per un figlio
 - € 5,00 per il secondo figlio e per i successivi.

2. Ad **effettuare il pagamento** della predetta quota mensilmente **entro i primi 5 giorni del mese** di riferimento mediante relativo versamento
 - a. su c.c.p. n. 11131984 intestato al Comune di Pace del Mela - Servizio Tesoreria;
 - b. a mezzo bonifico bancario c/o Banca MONTE DEI PASCHI DI SIENA
- IBAN: IT98G0103082290000001486587indicando nella causale:
 - a) il nominativo dell’alunno/a;
 - b) il periodo di riferimento;
 - c) la tipologia di scuola frequentata

3. (*In caso di rinuncia*) A **riconsegnare il tesserino** di viaggio rilasciatogli all’atto dell’iscrizione.

DICHIARA

di avere diritto alla **esenzione dal pagamento** della quota di compartecipazione in quanto rientra in una delle seguenti categorie (*barrare la voce che interessa*):

- Utente con indicatore ISEE inferiore ad € 7.000,00
- Utente con figlio/a affetta da disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92;
- Utente con una situazione socialmente svantaggiata certificata da apposita relazione dei servizi socio-assistenziali del Comune;

DELEGA

I seguenti soggetti alla consegna e/o al ritiro del/la proprio/a figlio/a al personale viaggiante della Ditta incaricata del servizio di trasporto:

1) _____
(cognome e nome)

2) _____
(cognome e nome)

3) _____
(cognome e nome)

AUTORIZZA

Il Comune di Pace del Mela al trattamento dei propri dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, ai sensi del Regolamento dell'Unione europea in materia di trattamento dei dati personali e di privacy n. 679/2016.

DICHIARA

Con la **sottoscrizione della presente istanza** di aver **preso conoscenza** e di **accettare**:

1. **le condizioni del servizio** riportate nell'Avviso emesso dal Comune di Pace del Mela;
2. **le norme** contenute nel **Regolamento Comunale** "Servizio di trasporto urbano" approvato con Delibera di C.C. n. 15 del 01/06/2015.

Allega:

1. fotocopia di documento di identità in corso di validità;
2. dichiarazione ISEE;
3. (*eventuale*) certificazione medico-sanitaria attestante la disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3;
4. (*ove prevista*) relazione dei servizi socio-assistenziali del Comune per situazione socialmente svantaggiata;
5. fotocopia del documento di identità in corso di validità dei **soggetti delegati**.

Pace del Mela, _____

FIRMA _____