



COMUNE DI S. EGIDIO DEL MONTE ALBINO

PROVINCIA DI SALERNO

Tel. 081915655
Fax 081915520

Cap. 84010
Cod. Fisc. 00191250653

(mod. n. 1)

AL Sig. SINDACO
COMUNE DI S. EGIDIO M.A. (SA)

Per il tramite del DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo "E. DE FILIPPO"
S. EGIDIO M.A. (SA)

Oggetto: utilizzo servizio trasporto scolastico - Anno Scol.co . 2019/2020.

I SOTTOSCRITTO/A _____

(indicare se genitore o chi ne fa le veci)

DELL'ALUNN _____

NAT A _____ (_____)

IL _____

RESIDENTE IN SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO (SA)

IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

Preso atto di quanto disposto con delibera di G.C. n. 36 / 2017 relativa all'istituzione del pagamento di un contributo per la fruizione del servizio trasporto scolastico

CHIEDE

Il proprio / i figli POSSA USUFRUIRE , PER L'A. S. 2019/2020, DEL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO , a tal fine DICHIARA :

-CHE IL FIGLIO/A _____ frequenta la classe _____

sez _____ della :

a)- la Scuola Primaria - PLESSO frazione San Lorenzo

b)- Scuola Secondaria I° - PLESSO frazione San Lorenzo

A tal fine dichiara , ai sensi del DPR 445/2000 :

1)- che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare per l'anno corrente risulta di un valore compreso tra € 0,00 ed € 7.000,00 , giusta copia allegata e, pertanto di aver diritto alla totale esenzione del pagamento del contributo mensile .

2) – che il reddito ISSE del proprio nucleo familiare per l'anno corrente risulta di un valore superiore a € 7.000,01 ;

3)- di aver diritto alla riduzione del 50 % del contributo da pagare per il secondo / terzo ed ogni ulteriore figlio- studente fruitore del servizio trasporto scolastico , frequentanti rispettivamente le seguenti scuole : (indicare nome , cognome e classe)

_____;

_____;

Allega :

-copia documento di riconoscimento (del richiedente) in corso di validità ;

-modello I.S.E.E. corrente , completo della DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) .

- foto formato tessera per il rilascio dell'abbonamento .

Data _____

IN FEDE
(Il Richiedente)
