



COMUNE DI S. EGIDIO DEL MONTE ALBINO

PROVINCIA DI SALERNO

Tel. 081915655
Fax 081915520

Cap. 84010
Cod. Fisc. 00191250653

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. 2017/2018.

I SOTTOSCRITTO/A

(indicare se genitore o chi ne fa le veci)

DELL'ALUNN

NAT. A ()
()

RESIDENTE A ()

IN VIA/PIAZZA N. _____
C.A.P. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

CHIEDE

CHE IL FIGLIO/A ISCRITTO ALLA :

a)- Scuola Primaria - PLESSO frazione San Lorenzo

frequentante la classe _____

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

frequentante la classe _____

POSSA USUFRUIRE PER L'A. S. 2017/2018 DEL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO
CON PAGAMENTO MENSILE DI € 10,00 , come disposto con delibera di G.C. n. 36 del
31.03.2017 .

A tal fine dichiara , ai sensi del DPR 44/2000 , che :

1)- il numero dei figli fruitori del servizio è di n. _____ nome / cognome e classe
frequentante : _____

2)- il reddito ISEE corrente non è superiore a complessivi € 7.000.

Pertanto chiede :

-relativamente a quanto dichiarato al punto n. 1 la riduzione del 50 % per il secondo / terzo ed
ogni ulteriore studente fruitore del servizio trasporto scolastico;

-relativamente a quanto dichiarato al punto n. 2 l'esenzione totale dal pagamento del contributo .

(Depennare la voce che non interessa).

Allega :

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

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

Data _____

IN FEDE
(Il Richiedente)
