



COMUNE DI SANT'ANGELO D'ALIFE

(Provincia di Caserta)



Tel. n. 0823/914022 Fax n. 0823/914666 –
PEC: protocollo.santangelodalife@asmepec.it

MODULO D'ISCRIZIONE SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO A.S. 2017/2018

Il sottoscritto/La sottoscritta

Residente in Sant'Angelo d'Alife, via.....

tel.....cell..... (obbligatorio)

CON LA PRESENTE CHIEDE CHE L'ALUNN....

Cognome Nome.....

su cui esercita la potestà genitoriale, frequentante la Scuola _____,

Classe _____, sia ammess... ad usufruire del servizio di trasporto scolastico per
l'anno scolastico 2017/2018.

Il sottoscritto dichiara

- Di accettare il percorso stabilito dal Comune.
- Di assumersi ogni responsabilità per l'accompagnamento e il ritiro del proprio figlio alla fermata del pulmino negli orari stabiliti.
- Di prendere atto dell'obbligo di compartecipare alle spese nella misura e con le modalità stabilite dall'Amministrazione comunale: tariffa mensile per singolo utente € 15.00; tariffa per due utenti € 13.00 cadauno; tariffa per tre o più utenti € 10.00 cadauno (vedi Delibera di Giunta Comunale n. 50 del 30/07/2015).
- Di essere in regola con i pagamenti della quota di compartecipazione alla spesa dovuta per l'anno scolastico 2016/2017.

Secondo la seguente modalità (**barrare la casella che interessa**):

SOLO ANDATA

SOLO RITORNO

ANDATA E RITORNO

Il sottoscritto si impegna sin d'ora ad accettare le condizioni fissate dall'Amministrazione per usufruire del servizio in oggetto.

Si allega copia del documento di riconoscimento del richiedente.

Firma Genitore

.....