|  |
| --- |
| **RICHIESTA**  **SERVIZIO SCUOLABUS** |

**IL RICHIEDENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATI DEL RICHIEDENTE** | COGNOME | | NOME |
| DATA DI NASCITA | | COMUNE DI NASCITA |
| COMUNE DI RESIDENZA | | C.A.P. |
| VIA/PIAZZA N. | | RECAPITO TELEFONICO FISSO/MOBILE |
| CODICE FISCALE | | |
| **DATI DEL FIGLIO** | COGNOME | NOME | |
| DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | |
| ANNO DI SCOLASTICO DI RIFERIMENTO  / | CLASSE | |
| SCUOLA | SEDE SCOLASTICA | |

*CHIEDO*

*CHE MIIO FIGLIO POSSA BENEFICIARE DEL SERVIZIO SCUOLABUS.*

*IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A VERSARE LA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE AL SERVIZIO, COME PREVISTA DALL’AVVISO.*

**ALLEGA** copia del documento di identità in corso di validità;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_