Al Sindaco
del Comune di
ACICASTELLO

COMUNE di ACI CASTELLO

TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE PER RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a_____ il _____ residente in _____

Via _____ n°_____ Telefono N°_____

Codice IBAN

STATO		COD		CD'	ABI					CAB					NUMERO C.C.										

avendo presentato istanza per il rimborso del trasporto scolastico extraurbano

del proprio figlio _____ frequentante

l'Istituto _____ di _____

.**C H I E D E**

il rimborso della spesa di € _____ equivalente ai titoli di viaggio utilizzati per il trasporto scolastico

per il periodo _____
che si allegano.

A tal fine , sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 che la frequenza scolastica del figlio è stata superiore a 15 gg. Mensile.

Informativa sul trattamento dei dati (Reg. UE 2016/679)
Il Comune di Aci Castello, in qualità di titolare, tratterà i dati personali comunicati con la presente istanza saranno trattati al solo scopo di gestire il servizio in oggetto.
Il trattamento dei dati per le suddette finalità è realizzato mediante l'utilizzo di procedure in grado di tutelare e garantire l'integrità e la riservatezza dei dati forniti in conformità al Reg. UE 2016/679.
Il mancato conferimento dei dati personali in oggetto renderà impossibile l'erogazione del servizio.
L'informativa dettagliata resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 può essere consultata sul sito internet https://www.comune.acicastello.ct.it/ nella sezione dedicata a https://www.comune.acicastello.ct.it/servizi/Servizi_scolastici.aspx, ovvero presso lo sportello Ufficio pubblica Istruzione Via Savoia, 32 Aci Castello.
Sono consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy (D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e ss. mm. e ii. "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Aci Castello, lì _____

Il Dichiarante

_____