



**TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE PER RIMBORSO  
SPESE DI TRASPORTO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono N° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Accredito    si            no  
                            

Codice IBAN

STATO	COD.	CIN	ABI	CAB	NUMERO C/C

avendo presentato istanza per il trasporto scolastico

del proprio figlio \_\_\_\_\_ frequentante

l'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**.CHIEDE**

il rimborso della spesa di € \_\_\_\_\_ equivalente ai titoli di viaggio utilizzati per il trasporto scolastico  
per il periodo \_\_\_\_\_

che si allegano.

Dichiara sotto la sua responsabilità, ai sensi della L. 15/68 e s.m.i. che la frequenza scolastica del figlio è stata superiore  
a 15 gg. Mensile.

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 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Acicastello, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_