

SPETT.LE COMUNE DI RIVANAZZANO TERME

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____, RESIDENTE A
_____, VIA _____ N. _____,
RECAPITO TELEFONICO _____

CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEL **SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO PER L'A.S. 2019/2020** PER I SEGUENTI MINORI:

1. _____, NATO A _____, IL _____ FREQUENTANTE:

- LA SCUOLA MATERNA DI RIVANAZZANO TERME
- LA SCUOLA MATERNA DI SALICE TERME
- LA SCUOLA ELEMENTARE – CLASSE _____
- LA SCUOLA MEDIA – CLASSE _____

2. _____, NATO A _____, IL _____ FREQUENTANTE:

- LA SCUOLA MATERNA DI RIVANAZZANO TERME
- LA SCUOLA MATERNA DI SALICE TERME
- LA SCUOLA ELEMENTARE – CLASSE _____
- LA SCUOLA MEDIA – CLASSE _____

3. _____, NATO A _____, IL _____ FREQUENTANTE:

- LA SCUOLA MATERNA DI RIVANAZZANO TERME
- LA SCUOLA MATERNA DI SALICE TERME
- LA SCUOLA ELEMENTARE – CLASSE _____
- LA SCUOLA MEDIA – CLASSE _____

N.B.: ALLEGARE RICEVUTA DI AVVENUTO VERSAMENTO DELL'INTERO IMPORTO ANNUALE INDICANDO NELLA CAUSALE DEL VERSAMENTO: TRASPORTO SCOLASTICO + NOME ALUNNO/I DA TRASPORTARE, DA EFFETTUARSI NELLE SEGUENTI MODALITÀ ALTERNATIVE:

A) VERSAMENTO DELLA SOMMA DIRETTAMENTE PRESSO TESORERIA COMUNALE – BANCA POPOLARE DI SONDRIO – PIAZZA CORNAGGIA N. 41 – RIVANAZZANO TERME;

B) BONIFICO SU C/C: TESORIERE COMUNALE – BANCA POPOLARE DI SONDRIO – SPORTELLO DI RIVANAZZANO TERME – AGENZIA DI VOGHERA – IBAN IT57B056965640000010000X31

- DELLA QUOTA ANNUALE DI:

- € 150 (PER FAMIGLIE CON UN SOLO FIGLIO UTENTE)**
- € 225 (PER FAMIGLIE CON DUE FIGLI UTENTI)**
- € 300 (PER FAMIGLIE CON TRE O PIÙ FIGLI UTENTI)**

RIVANAZZANO TERME, LÌ _____

(FIRMA) _____