

**OGGETTO: Domanda di ammissione al Servizio Trasporto Scolastico anno scolastico 2025/26**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in Villasor, Via/Località \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Che i \_\_ propri \_\_ figli \_\_**

<b>Cognome e nome dello/a studente</b>	<b>Anni</b>	<b>Classe</b>	<b>Scuola</b>	<b>Distanza Km da casa a scuola</b>

Possa \_\_\_\_\_ usufruire del Servizio di Trasporto Scolastico per l'Anno Scolastico 2025/26.

**Il/La sottoscritto/a, è consapevole che il servizio verrà svolto secondo la seguente modalità:**

- Trasporto su mezzi propri con diritto al rimborso chilometrico mensile, calcolato sulla base dei chilometri che separano l'abitazione dalla scuola frequentata dal/i proprio/i figlio/i.
- Il numero dei chilometri sarà accertato dal Comune e calcolato per un numero di **3** viaggi giornalieri.
- Il rimborso sarà effettuato mensilmente sulla base delle presenze scolastiche attestata dalla scuola frequentata, e che in caso di più figli ammessi al trasporto, frequentanti il medesimo Istituto verrà erogato mensilmente un unico rimborso.
- In caso di più figli ammessi al trasporto, frequentanti il medesimo Istituto verrà erogato un unico rimborso.

Chiede altresì che il rimborso venga erogato mediante accredito sul proprio codice IBAN che si allega in fotocopia.

Villasor, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Il servizio è riservato agli alunni della scuola dell'obbligo:**

- ai residenti fuori dal centro abitato o comunque in zona disagiata;
- a coloro riconosciuti portatori di handicap (a tal fine si allega certificato attestante lo stato di disabilità ai sensi della Legge n. 104/92, articolo 3 comma 3).