

TESSERA N. _____

Riservato all'Ufficio

**ALLA DITTA GEAF
SORA**

**Oggetto: richiesta del servizio di trasporto scolastico.
(compilare la domanda in stampatello)**

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
(cognome e nome del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)

il _____, residente in Sora, Via _____ n. _____ tel. _____

C.F. _____ indirizzo email/PEC _____

chiede di usufruire del servizio di trasporto scolastico per ____l____/i figli ____:

1) _____ nato a _____ il _____
frequentante la scuola _____ classe _____  Andata
Ritorno

2) _____ nato a _____ il _____
frequentante la scuola _____ classe _____  Andata
Ritorno

A tal fine:

☐ richiede il pagamento della tariffa in base al valore ISEE del nucleo familiare (**allega copia attestazione ISEE in corso di validità**), di seguito indicata:

				TARIFFA INTERA	TARIFFA RIDOTTA
☐	da	€	0,01 a € 1.000,00	€ 18,00 mensili	€ 9,00 mensili
☐	da	€	1.000,01 a € 4.200,00	€ 22,00 mensili	€ 12,00 mensili
☐	da	€	4.200,01 a € 8.400,00	€ 26,00 mensili	€ 18,00 mensili
☐	da	€	8.400,01 a € 12.600,00	€ 30,00 mensili	€ 22,00 mensili
☐	oltre € 12.600,00 e utenti non residenti			€ 40,00 mensili	€ 32,00 mensili

La tariffa ridotta si applica al secondo figlio e successivi, di un nucleo familiare residente a Sora, con il primo figlio che usufruisce del trasporto scolastico e a chi effettua sei corse settimanali o meno.

☐ Chiede l'esenzione in quanto il figlio _____
è portatore di handicap con invalidità non inferiore al 74% (**allega copia certificato di invalidità rilasciato dall'ASL**);

☐ chiede l'esenzione in quanto il nucleo familiare risiede nel Comune di Sora e ha l'attestazione ISEE pari a 0,00 (**allega copia attestazione ISEE**).

Il pagamento della quota mensile va effettuato entro e non oltre il giorno 25 del mese precedente a quello a cui si riferisce; la tessera va obbligatoriamente vidimata mediante la consegna della ricevuta di pagamento: a mano allo Sportello del trasporto scolastico della ditta GEAF, sito in via XX Settembre n. 55, tel. 329-6725247, o inviata all' indirizzo e-mail: scuolabussora@geafmobility.it.

DICHIARA

di aver preso visione dei percorsi in cui è articolato il servizio di trasporto scolastico e di accettare incondizionatamente le modalità di espletamento del servizio.

Autorizza ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea n. 679/2016 il trattamento dei dati personali forniti per accedere al servizio di trasporto, per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui alla presente richiesta.

Data _____

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

(allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità)