

Al Sig. Sindaco del Comune di
Castelnuovo di Garfagnana (LU)

RICHIESTA RIMBORSO ABBONAMENTO TRASPORTO SCOLASTICO 2025/2026

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE IN VIA / PIAZZA _____ N. _____

55032 – CASTELNUOVO DI GARFAGNANA (LU) – TEL. _____

C.F. _____

CHIEDE

PER IL/LA FIGLIO/A (Cognome e nome) _____

ISCRITTO/A ALLA SCUOLA: dell'infanzia primaria secondaria di 1°

CL. SEZ.

IL RIMBORSO DELLA SOMMA SOSTENUTA PER L'ABBONAMENTO VAIBUS
UTILIZZATO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO ECCELENTE LA QUOTA
FISSATA DAL COMUNE PER I MESI DI:

SETTEMBRE/GIUGNO

GENNAIO

OTTOBRE

FEBBRAIO

NOVEMBRE

MARZO

DICEMBRE

APRILE

MAGGIO

PER L'IMPORTO DI € ESENTE

CHIEDE INOLTRE CHE LA SOMMA VENGA EROGATA

TRAMITE BONIFICO BANCARIO/POSTALE A CON IBAN:

IN CONTANTI DA INCASSARE PRESSO LO SPORTELLO DELLA TESORERIA COMUNALE.

DICHIARA di essere stato informato sul trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dalla Legge 675/1996 e di autorizzare il Comune di Castelnuovo di Garfagnana al trattamento degli stessi in relazione ai servizi richiesti.

Castelnuovo di Garfagnana, li _____

Firma
