

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

### **RICHIESTA RIMBORSO ABBONAMENTO TRASPORTO SCOLASTICO 2024/2025**

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 ECCEDENTE 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  
\_\_\_\_\_