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

RICHIESTA RIMBORSO ABBONAMENTO TRASPORTO SCOLASTICO 2026/2027

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
☐ OTTOBRE
☐ NOVEMBRE
☐ DICEMBRE
☐ GENNAIO
☐ FEBBRAIO
☐ MARZO
☐ 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, lì _____ Firma

_____

Allegare alla presente fotocopia di un documento di identità
o sottoscrivere la domanda alla presenza del funzionario incaricato