

**ALL'UFFICIO DI
PUBBLICA ISTRUZIONE
DEL COMUNE DI CAPACI**

**OGGETTO: RICHIESTA TRASPORTO STUDENTI PENDOLARI AI SENSI DELLE
LL.RR.24/1973 E 14/2002- ANNO SCOLASTICO 2017/2018**

STUDENTE: _____

Nato a _____ il _____

Residente in Capaci, via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

GENITORE: 1 sottoscritt _____ nato/ a

a _____ il ____/____/____ genitore dello/a studente/ssa sopra indicato/a

C H I E D E

per la frequenza scolastica del proprio figlio/a, l'ammissione al trasporto mediante:

• **SERVIZIO AST**

• **SERVIZIO TRENITALIA**

N.B. Se l'Istituto frequentato, documenterà una frequenza scolastica inferiore a **15 giorni mensili**, lo /a studente/ssa **non avrà diritto ad alcun rimborso per il mese** comma 6) L.R. n.24/73.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- che il figlio/a è residente in Capaci, nella Via _____ n. _____;

- che lo/a stesso/a per il corrente anno scolastico è iscritto alla **Classe** _____ **Sez.** _____

dell'Istituto _____

sede di _____ Via _____.

Nella qualità di genitore si impegna:

- 1) a comunicare tempestivamente **l'eventuale sospensione degli studi** (causa malattia o variazione cambio scuola ect.) che intervenga nel corso dell'anno scolastico;
- 2) a comprovare a richiesta dell'Ufficio Comunale di P.I., **la frequenza scolastica del figlio/a** mediante certificato rilasciato dall'Istituto.

Allega: fotocopia **documento di identità personale valida** e per gli studenti di **sc. Paritarie** anche (**certificazione che attesti il riconoscimento di scuola paritaria per l'anno scolastico in corso**)

CAPACI, lì _____

FIRMA

RISERVATO ALL'UFFICIO

ALUNNO RIPETENTE

Variazioni intervenute nel corso dell'anno scolastico

RITIRATO

CAMBIO D'ISTITUTO

Dall'Istituto _____ con sede a _____

all'Istituto _____ con sede a _____.

VERIFICA A CAMPIONE

Lo studente _____ è risultato residente in questo Comune

e frequentante l'Istituto _____ sede di _____

classe _____ sez. _____.

FIRMA DEL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO
