

Al Comune di CASIRATE D'ADDA

Viale Massimo D'Azeglio, 5
24040 – Casirate d'Adda (BG)

DOMANDA DI CONTRIBUTI ECONOMICI A RIMBORSO DEL COSTO SOSTENUTO PER I SERVIZI DI TRASPORTO SCOLASTICO DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' RESIDENTI NEL COMUNE DI CASIRATE D'ADDA E FREQUENTANTI LA SCUOLA DELL'INFANZIA, LA SCUOLA PRIMARIA O LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO. ANNO 2024.

Il Sottoscritto cognome _____ nome _____

nato a _____ () il ____ / ____ / ____ residente a **CASIRATE**

D'ADDA in Via _____ n. _____

Codice Fiscale |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____|

Telefono/ Cell. _____

Email _____

In qualità di genitore/tutore del minore studente:

cognome _____ nome _____

nato a _____ () il _____;

in possesso della certificazione di disabilità (in corso di validità) frequentante:

1) la scuola dell'infanzia _____ classe: _____ sez.

_____ dell'Istituto Comprensivo Gino Strada di Casirate d'Adda oppure di
_____ () Via _____

2) la scuola primaria _____ classe: _____ sez.

_____ dell'Istituto Comprensivo Gino Strada di Casirate d'Adda oppure di
_____ () Via _____

3) la scuola secondaria di primo grado _____ classe:

_____ sez. _____ dell'Istituto Comprensivo Gino Strada di Casirate d'Adda oppure di
_____ () Via _____

DICHIARA

Che il **tragitto casa/scuola A/R** percorso giornalmente per l'accompagnamento del proprio figlio all'Istituto cui è iscritto, è pari a Km. _____ (in lettere _____).

Che nell'anno 2024 il proprio figlio ha frequentato la scuola sopra indicata per n. _____ (in lettere _____) giorni complessivi.

CHIEDE

il rimborso delle spese di carburante per il trasporto scolastico del proprio figlio disabile, che non ha beneficiato nell'anno 2024 di servizi di trasporto speciali ulteriori a quelli connessi alla frequenza scolastica, da rimborsare mediante:

