



Città di Bollate
Città Metropolitana di Milano

Ufficio Servizi Scolastici

RIMBORSO TRASPORTO SCOLASTICO

Il Sottoscritto.....
Codice Fiscale
Residente in Via/Piazza.....
nel Comune di.....
CapProvincia
Telefono:..... Cell:.....
Tessera:.....

In qualità di Genitore/Tutore di:

Alunno.....
Alunno.....
Alunno.....

CHIEDE

il rimborso della somma di €..... relativa al servizio trasporto scolastico
richiesto per la scuola
per

Modalità di rimborso:

Accredito su conto corrente Bancario/Postale:

CODICE IBAN:

| SIGLA Internaz. | Numeri di Controllo | CIN | ABI | CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|--------------------|------------------------|-----|-----|-----|-----------------------|
| | | | | | |

Rimborso tramite tesoreria comunale

Informativa sul trattamento dei dati personali

A sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 autorizzo il trattamento dei dati sopra indicati per le esclusive finalità istituzionali dell'Ente.

Il richiedente, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, è consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci, redatte sotto la propria responsabilità, sono punite ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia.

Data _____ Firma _____