

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Comune di Livigno<br><br>Ufficio destinatario<br>Servizi alla persona |  |
|---|---|--|

## Domanda di rimborso trasporto scolastico oltre Bolzano e Sondrio

| Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
|--|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome  |        |                | Nome             |                             |  | Codice Fiscale |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita                                |        | Sesso          | Luogo di nascita |                             |  | Cittadinanza   |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Residenza                                      |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Provincia                                      | Comune |                | Indirizzo        |                             |  | Civico         | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|  |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare                             |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria |  |                | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|  |        |                |                  |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |

| dello studente  |  |       |                  |  |  |                |  |  |  |
|-----------------|--|-------|------------------|--|--|----------------|--|--|--|
| Cognome         |  |       | Nome             |  |  | Codice Fiscale |  |  |  |
|                 |  |       |                  |  |  |                |  |  |  |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita |  |  | Cittadinanza   |  |  |  |
|                 |  |       |                  |  |  |                |  |  |  |

| frequentante l'istituto |        |         |  |
|-------------------------|--------|---------|--|
| Istituto                | Classe | Sezione | Indirizzo di studi (es. alberghiero, regioneria o liceo scientifico) |
|                         |        |         |  |

### CHIEDE

il rimborso del trasporto per l'anno scolastico / della seguente somma

|                                      |
|--------------------------------------|
| Somma totale del costo del trasporto |
| €                                    |

| per il seguente periodo |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Periodo                 |                         |
| <input type="radio"/>   | da gennaio a giugno     |
| <input type="radio"/>   | da settembre a dicembre |

| modalità di emissione del rimborso |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Modalità                           |                                   |
| <input type="radio"/>              | da erogare per cassa              |
| <input type="radio"/>              | da accreditare sul conto bancario |
| Banca                              | Codice IBAN                       |
|                                    |                                   |
| Intestatario del conto             |                                   |
| Cognome                            | Nome                              |
|                                    |                                   |

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | pezze giustificative della somma richiesta  |
| <input type="checkbox"/>            | documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Livigno

Luogo

Data

Il dichiarante