

CITTA' DI GAGLIANO DEL CAPO

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798326-0833-798323
e-mail: servizi.sociali@comune.gaglianodelcapo.le.it

-SETTORE SOCIALE-UFFICIO DIRITTO ALLO STUDIO

Prot. n. _____

Lì _____

**Al Sig. Sindaco
del Comune di Gagliano del Capo**

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO 2020-2021

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI GAGLIANO DEL CAPO, IN VIA _____

N° _____ CELL./TEL. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

in qualità di GENITORE ESERCENTE POTESTA' GENITORIALE:

L'ammissione al SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO del minore:

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI GAGLIANO DEL CAPO IN VIA _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ISCRITTO/A E FREQUENTANTE

LA CLASSE _____ **DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

LA CLASSE _____ **DELLA SCUOLA PRIMARIA**

(per gli alunni abitanti nella frazione di San Dana)

LA CLASSE _____ **DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO**

(per gli alunni abitanti nella frazione di San Dana)

CONSAPEVOLE

ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite in relazione alla presente domanda di iscrizione al servizio trasporto scolastico del proprio figlio/a, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 5, 46 e 47 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

1. DI AUTORIZZARE L'AUTISTA e/o L'ACCOMPAGNATORE a prelevare e riportare il proprio figlio dai punti di ritrovo stabiliti dal Comune alla Scuola e viceversa;

