



COMUNE DI LETTOMANOPPELLO

Provincia di Pescara

Al SINDACO del Comune di Lettomanoppello

c.a. Ufficio Sociale e Politiche Scolastiche

RICHIESTA AGELAZIONE/ESONERO TARIFFA SERVIZIO TRASPORTO/REFEZIONE SCOLASTICA PER FAMIGLIE CON ALUNNI DISABILI

Il /La sottoscritto/a :

COGNOME:		NOME:	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
		CODICE FISCALE	
VIA/PIAZZA N. CIVICO		TELEFONO	
E-MAIL <i>(in stampatello)</i>			
COMUNE		CAP	

in qualità di Genitore/Tutore Legale del minore:

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
COMUNE di RESIDENZA		CAP	
VIA/PIAZZA N. CIVICO		TELEFONO	
SCUOLA		CLASSE	SEZIONE



COMUNE DI LETTOMANOPPELLO

Provincia di Pescara

CHIEDE

per l'anno solare 2024 l'agevolazione/esonero tariffario per il servizio

- Trasporto scolastico
- Mensa scolastica

Ai fini dell'accoglimento della richiesta

ALLEGA

- documento di riconoscimento, in corso di validità, del genitore/tutore che presenta la richiesta dirimborso;
- certificazione ASL di disabilità riconosciuta dalla L. 104/92 del minore;
- attestazione ISEE in corso di validità.

Data: _____

Firma (leggibile e per esteso): _____