



COMUNE DI  
CASTELNUOVO  
VAL DI CECINA

**RICHIESTA SERVIZI  
"MENZA E TRASPORTO SCOLASTICO" A.S. 2024-2025**

**DA RESTITUIRE COMPILATO**

Io sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Residente via / p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**In qualità di**

Padre  Madre  Tutore

**Dell'alunno**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente via / p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**ISCRITTO NELL'A.S. 2024-2025 ALLA CLASSE \_\_\_\_\_**

**DELLA SCUOLA:**  MATERNA  ELEMENTARE  MEDIA DI CASTELNUOVO DI VAL DI CECINA

**CHIEDE DI USUFRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI**

MENSA Scolastica (particolari esigenze alimentari: compilare i moduli allegati)

TRASPORTO Scolastico  A/R  SOLO RITORNO  SOLA ANDATA

Indicare indirizzo se diverso da quello di residenza \_\_\_\_\_.



COMUNE DI  
CASTELNUOVO  
VAL DI CECINA

### DICHIARA

- di essere consapevole che le responsabilità dell'autista dello scuolabus verso il minore, sono limitate alla fase del trasporto, salita e discesa dal mezzo;
- dichiara che il minore necessita di accompagnatore secondo il certificato medico allegato (allegare copia certificato)
- di impegnarsi ad assicurare presso la fermata dello scuolabus, la sua presenza o quella di un suo familiare o di una persona da se incaricata, al momento del rientro a casa del minore; a tal fine s'individuano le seguenti persone autorizzate alla custodia del minore in caso di assenza di un genitore:

COGNOME

NOME

TELEFONO

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### INOLTRE SI IMPEGNA A

(barrare la voce che interessa)

- a **comunicare per scritto l'eventuale rinuncia ai servizi** (per il trasporto: la variazione decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla data di presentazione della disdetta o richiesta di variazione);
- a inviare l'ISEE;

**La mancata presentazione dell'ISEE entro la data stabilita comporterà l'inserimento d'ufficio nella fascia di reddito più alta.**

Io sottoscritto  **autorizzo** /  **non autorizzo** l'amministrazione all'utilizzo dei seguenti numeri di telefono per comunicazioni inerenti i servizi richiesti anche tramite **eventuale invio di sms gratuito o WhatsApp**:

tel. cell. \_\_\_\_\_

- Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sulla privacy

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA, AI SENSI DEL D.Lgs 196/03, IL COMUNE DI CASTELNUOVO DI VAL DI CECINA AL TRATTAMENTO DI TUTTI I DATI FORNITI CON LA PRESENTE ISTANZA PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI RELATIVI AL DIRITTO ALLO STUDIO.

Castelnuovo di Val di Cecina, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

☒ Via G. Verdi, 13 56041 - Castelnuovo di Val di Cecina (PI)

☎ +39 0588 23514 - 23518 ☒ +39 0588 20727

[www.comune.castelnuovo.pi.it](http://www.comune.castelnuovo.pi.it)

