



ASP SAN VINCENZO DE' PAOLI
Civitella di R. – Galeata – Premilcuore – Santa Sofia



COMUNE DI GALEATA

Provincia di Forlì - Cesena

All' ASP S.Vincenzo de' Paoli

Al Comune di Galeata

MODULO DI PRE-ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO DEL COMUNE DI GALEATA ANNO 2024/2025

IL SOTTOSCRITTO / LA SOTTOSCRITTA

Nome	Cognome	CODICE FISCALE	Telefono 1	Telefono 2
Comune di residenza		Indirizzo di residenza	e-mail	

in qualità di:

- **STUDENTE MAGGIORENNE** che frequenterà nell'anno scolastico 2024/2025 la classe della Scuola Secondaria *IPSIA "A. VASSALLO"* con sede a Galeata

oppure

- **GENITORE DI**
compilare con i dati del prossimo **anno scolastico 2024/2025**

Nome	Cognome	Indirizzo di residenza (e frazione)	Grado scuola	Classe
			Es. iprimaria, secondaria, IPSIA Vassallo	Es. 1 ^a , 1 ^b , ecc...

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO PER IL SEGUENTE LUOGO

Frazione/Indirizzo:

Es: San Zeno; Pianetto; ecc..

PER I SEGUENTI GIORNI ED ORARI:

Mettere le crocette quando serve il trasporto e indicare l'orario di uscita della classe frequentata, se conosciuto:

GIORNO	ANDATA	RITORNO
		Scrivere l'orario indicativo dell'ultima uscita, in base al tempo scuola scelto e alla classe frequentata oppure indicare se la giornata è a tempo corto o tempo lungo
Lunedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orario _____
Martedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orario _____
Mercoledì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orario _____
Giovedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orario _____
Venerdì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orario _____
Sabato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orario _____

Data _____

FIRMA _____