



ASP SAN VINCENZO DE' PAOLI

Civitella di R. – Galeata – Premilcuore – Santa Sofia

MODULO PER RESIDENTI DEL COMUNE DI
SANTA SOFIA

Spett.le
ASP San Vincenzo De' Paoli
Via Unità d'Italia n. 47
47018 Santa Sofia (FC)
info@pec.asp-sanvincenzodepaoli.it

OGGETTO: DOMANDA PER RIMBORSO PARZIALE DELL'ABBONAMENTO START ROMAGNA EXTRA URBANO TRASPORTO SCOLASTICO – UNDER 19. ANNO SCOLASTICO 2026/2027.

LA SOTTOSCRITTA/IL SOTTOSCRITTO

NOME _____ COGNOME _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

IN VIA _____ CODICE FISCALE _____

CELL. _____ E-MAIL _____

IN QUALITÀ DI GENITORE DELLA STUDENTESSA / DELLO STUDENTE MAGGIORENNE

(nome e cognome dello studente)

NATA/O A _____ IL _____

FREQUENTANTE L'ISTITUTO SUPERIORE _____

(nome della scuola)

CON SEDE _____ N. ZONE ABBONAMENTO _____

(Comune in cui ci si reca per andare a scuola)

<https://www.startromagna.it/biglietti/trova-il-biglietto-trova-zona/>

CHIEDE

Il rimborso parziale della tariffa dell'abbonamento trasporto scolastico Extra Urbano acquistato presso Start Romagna relativamente all'anno scolastico 2026/2027.

Tale rimborso sarà assegnato secondo i criteri stabiliti dall'Amministrazione Comunale e nello specifico

Per famiglie con ISEE da € 30.000,01 fino ad € 35.000	Rimborso del 50%
Per famiglie con ISEE da € 35.000,01 ad € 40.000	Rimborso del 30%

A tal fine, a norma degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

Azienda Servizi alla Persona SAN VINCENZO DE' PAOLI

Ufficio Servizi Sociali, Scuola, Politiche Abitative

Via Unità d'Italia n. 47 – 47018 SANTA SOFIA (FC) - C.F./P.IVA 03774550408

Tel. 0543 972258 - E-mail: asp@asp-sanvincenzodepaoli.it - PEC: info@pec.asp-sanvincenzodepaoli.it



ASP SAN VINCENZO DE' PAOLI

Civitella di R. – Galeata – Premilcuore – Santa Sofia

DICHIARA

che la situazione economica del nucleo avente diritto, calcolata ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013 e successive modifiche ed integrazioni: **ISEE SUPERIORE AD € 30.000** e che pertanto non rientra nei criteri di gratuità stabiliti dalla Regione Emilia-Romagna.

Di essere consapevole che gli Uffici potranno procedere ai controlli di quanto dichiarato.

Il rimborso verrà erogato sull'IBAN del richiedente:

IT					
----	--	--	--	--	--

Allego:

- Copia del tesserino nominale trasporto
- Copia della ricevuta di avvenuto pagamento
- Copia dell'IBAN intestato al richiedente (al fine di accreditare su CC il rimborso)

Data _____

Firma _____