



# ASP SAN VINCENZO DE' PAOLI

Civitella di R. – Galeata – Premilcuore – Santa Sofia

MODULO PER RESIDENTI COMUNI DI  
Civitella Di Romagna

Spett.le  
**ASP San Vincenzo de' Paoli**  
Via Unità d'Italia n. 47  
47018 Santa Sofia (FC)  
[asp.bidenterabbi@gmail.com](mailto:asp.bidenterabbi@gmail.com)

**OGGETTO: DOMANDA PER RIMBORSO PARZIALE DELL'ABBONAMENTO START ROMAGNA EXTRA URBANO TRASPORTO SCOLASTICO – UNDER 19. ANNO SCOLASTICO 2022/2023.**

Io sottoscritto

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitore dello studente \_\_\_\_\_  
(nome e cognome dello studente)

che frequenta 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 Under 19 acquistato presso Start Romagna relativamente all'anno scolastico 2022/2023.

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

Per famiglie con ISEE superiore € 30.000	Rimborso del 15%
--	------------------

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

## 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 A 30.000 €** e che pertanto non rientra nei criteri di gratuità stabiliti dalla Regione Emilia Romagna.



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

Di essere consapevole che gli uffici potranno procedere

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 \_\_\_\_\_