



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

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 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 _____