



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

**All.B)**

MODULO PER RESIDENTI COMUNI DI  
Galeata

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

**OGGETTO: DOMANDA PER RIMBORSO DELL'ABBONAMENTO START ROMAGNA EXTRA URBANO  
TRASPORTO SCOLASTICO – UNDER 26. ANNO SCOLASTICO 2024/2025.**

Io sottoscritto

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

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

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

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

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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 della tariffa dell'abbonamento trasporto scolastico Extra Urbano Under 26 acquistato presso Start Romagna relativamente all'anno scolastico 2024/2025.

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

Per famiglie con ISEE superiore ad € 30.000,0	Rimborso del 100%
---	-------------------

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)**
- ISEE 2024

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_