



**DOMANDA ISCRIZIONE AL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO A.S. 2022/2023**

Da trasmettere esclusivamente tramite mail al seguente indirizzo: [pubblicaistruzione@comune.orzinuovi.bs.it](mailto:pubblicaistruzione@comune.orzinuovi.bs.it) **ENTRO IL 30 GIUGNO 2022** Per informazioni contattare ufficio pubblica istruzione tel n. 030 9942347/345.

**Allegare FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA' E ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ**

**DATI DEL GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE**

Io sottoscritto

Cognome e nome																			
Codice fiscale																			
Luogo di nascita								Data di nascita											
Via/Piazza								N° civico											
Comune di residenza								Provincia											
Frazione																			
Telefono								Cell.:											
e-mail ( <i>obbligatoria</i> ):																			

**in qualità di:**

- genitore del minore presente nel proprio nucleo familiare anagrafico  
 rappresentante legale o soggetto affidatario per il minore

**CHIEDE L' ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO**

Cognome e nome																			
Codice fiscale																			
Luogo di nascita								Data di nascita											
Comune di residenza		<b>ORZINUOVI</b>						Provincia		<b>BS</b>									
SCUOLA		<input type="checkbox"/> INFANZIA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECONDARIA Classe a.s. 2022/23 _____ sezione _____																	
<input type="checkbox"/> AFFIDO		<input type="checkbox"/> PORTATORE DI HANDICAP (L. 104/92)																	

## DICHIARA



<input type="checkbox"/>	DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI ORZINUOVI		
<input type="checkbox"/>	DI ESSERE RESIDENTE IN FRAZIONE _____/CASCINA _____		
<input type="checkbox"/>	DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI _____		
<input type="checkbox"/>	CHE IL MINORE APPARTIENE A FAMIGLIA IN CUI ENTRAMBI I GENITORI LAVORANO MADRE (nome e cognome) _____ lavora presso (indicare azienda/ufficio) _____ con sede a _____ PADRE (nome e cognome) _____ lavora presso (indicare azienda/ufficio) _____ con sede a _____		
<input type="checkbox"/>	CHE IL MINORE APPARTIENE A FAMIGLIA MOGENITORIALE IN CUI IL GENITORE LAVORA (nome e cognome) _____ lavora presso (indicare azienda/ufficio) _____ con sede a _____		
<input type="checkbox"/>	MENSILMENTE	<input type="checkbox"/>	DI VOLER PAGARE IL SERVIZIO IN DUE RATE OTTOBRE-DICEMBRE 2022 / GENNAIO – MAGGIO 2023

## DICHIARA INOLTRE

- di essere in regola con i pagamenti del servizio dell'anno scolastico 2021/2022;
- che ha preso atto che il servizio è soggetto a contribuzione, come di seguito indicato e di appartenere alla fascia indicata (allegare ISEE se si vuole usufruire della scontistica):

Fascia	Indicatore ISEE (in Euro)	Quota mensile	INDICARE FASCIA
I	fino a 8.263,00	€ 24,00	<input type="checkbox"/>
II	da 8.263,01 a 10.490,00	€ 30,00	<input type="checkbox"/>
III	oltre 10.490,00 e/o accettazione fascia massima	€ 36,00	<input type="checkbox"/>

E' prevista la riduzione del 50% per il secondo e di un ulteriore 50% per il terzo fratello che usufruisce del medesimo servizio presso la Scuola dell'Infanzia e Primaria Statali di Orzinuovi. Oltre il terzo fratello il servizio è gratuito.

IL SERVIZIO E' GRATUITO PER I RESIDENTI NELLE FRAZIONI E PER GLI ALUNNI DISABILI.

- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE, in caso di ammissione al servizio, la quota è da pagare anticipatamente in base alla modalità scelta;
- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE l'ammissione al servizio è subordinata al pagamento di tutte le rate del precedente anno scolastico.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, è **consapevole** che la presente istanza può essere sottoposta a controllo da parte dell'Amministrazione nonché delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Orzinuovi \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_