



# COMUNE DI VEROLAVECCHIA

PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza Verdi, 7 – 25029 Verolavecchia (BS)  
Telefono: 030/9360407- Fax: 030/931777  
Partita Iva 00727360984 – Codice Fiscale 88002730179  
[www.comune.verolavecchia.bs.it](http://www.comune.verolavecchia.bs.it)  
PEC: [protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it](mailto:protocollo@pec.comune.verolavecchia.bs.it)

AI SINDACO

All'Assessore alla PUBBLICA ISTRUZIONE  
del COMUNE DI VEROLAVECCHIA

## RICHIESTA CONTRIBUTO PER DISAGIO SOSPENSIONE SERVIZIO SCUOLABUS - A.S. 2017/2018

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso al contributo per disagio sospensione servizio scuolabus Anno Scolastico  
2017/2018

### DICHIARA

1. Di avere un ISEE pari a € \_\_\_\_\_ come risulta dall'attestazione n°  
\_\_\_\_\_ emessa il \_\_\_\_\_;
2. Che il trasporto verrà effettuato per il Figlio/a \_\_\_\_\_ frequentante  
 la Scuola dell'Infanzia sezione \_\_\_\_\_  
 la Scuola Primaria classe \_\_\_\_\_  
 la Scuola Secondaria di primo grado classe \_\_\_\_\_
3. Che il contributo dovrà essere versato mediante bonifico bancario al seguente  
IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per Accettazione  
\_\_\_\_\_