

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AI SEGUENTI SERVIZI :

TRASPORTO CON SCUOLABUS



REFEZIONE SCOLASTICA



La/Il sottoscritt/a/o (Cognome e nome) _____

Nata/o a _____ Prov.(____) in data ____/____/____

Nazione (se nato all'estero) _____

Residente a _____ Prov. ____ via _____ N° ____/____ CAP _____

Telefono ab. _____ Cell _____ e-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni e sotto la propria personale, ai sensi degli artt.71, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000.

DICHIARA

➤ **Di essere l'esercente la potestà genitoriale sul minore sotto indicato:**

Cognome				Nome						Sesso									
										M	F								
data di nascita			luogo di nascita				Nazione se nata/o fuori Italia												
codice fiscale																			

➤ **Di essere a conoscenza ed accettare:**

Quanto deliberato con gli atti normativi dall'Amministrazione Comunale in merito alla determinazione delle tariffe dei servizi a domanda;
che in caso di mancato pagamento della tariffa attribuita, l'Amm.ne Com.le potrà procedere alla sospensione del servizio e comunque al recupero coattivo del credito;
che qualsiasi variazione dei dati dichiarati al momento dell'iscrizione e l'eventuale rinuncia al servizio richiesto, dovranno essere tempestivamente comunicati per iscritto all'Ufficio Sicurezza Sociale del Comune di Atri;

➤ **Che la scuola presso cui è iscritto per l'anno scolastico 2015/2016 è la seguente**

Scuola dell' Infanzia di _____ **Sez** _____ **Classe** _____

Scuola primaria di _____ **Sez** _____ **Classe** _____

Scuola media di _____ **Sez** _____ **Classe** _____

Scuola media superiore (1°e 2°) _____ **Sez** _____ **Classe** _____

Asilo Nido di _____

PER IL SERVIZIO TRASPORTO

DICHIARA

1. Di autorizzare l'autista a prelevare e riportare il proprio figlio nei punti di raccolta stabiliti annualmente dal Settore Comunale Competente;
2. di essere consapevole che le responsabilità dell'autista e dell'assistente sono limitate al solo trasporto, per cui una volta che l'alunno/a sia sceso/a alla fermata si conclude ogni onere a suo carico;
3. di impegnarsi, assumendosi qualsiasi responsabilità penale e civile:
 - Ad essere presente alla fermata del pulmino al momento del rientro del proprio figlio da scuola.
 - In caso di sua assenza autorizza l'autista, a lasciarlo/la alla solita fermata del pulmino nell'orario di rientro previsto (riferito agli alunni della scuola dell'obbligo);
4. di rispettare categoricamente la fermata indicata e gli orari stabiliti dal Settore Comunale Competente;
5. di richiedere il seguente servizio:
 - Trasporto per tutte le corse sia di andata che di ritorno.
 - Trasporto per le sole corse di andata del mattino.
 - Trasporto per le sole corse del ritorno.
6. di essere informato che agli utenti **scorretti-turbolenti** verranno applicate le seguenti sanzioni:
 - Richiamo scritto alla prima segnalazione
 - Sospensione del servizio per gg.10 alla seconda segnalazione
 - Annullamento dell'autorizzazione del servizio alla terza segnalazione
7. di essere, altresì, informato che, qualora gli utenti provochino danni agli scuolabus, gli stessi dovranno essere risarciti;
9. a corrispondere per l'anno scolastico 2015/2016 la quota di iscrizione al servizio trasporto scolastico pari ad € _____ - corrispondente alla tariffa applicabile per la fascia di reddito di appartenenza - e di scegliere la seguente modalità di pagamento:
 - UNICA SOLUZIONE
 - DUE RATE

ALLEGA:

- MODELLO ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE **REDDITI ANNO 2014**
 - oppure**
 - DICHIARA UN REDDITO ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE SUPERIORE **AD € 12.000,00.**
 - FOTO TESSERA
 - RICEVUTA DI VERSAMENTO RATA UNICA PRIMA RATA
10. Ad effettuare il versamento relativo in uno dei seguenti modi:
 - **Versamento sul C/C postale nr. 12325643 intestato a: "Comune di Atri - servizio tesoreria", con l'indicazione della causale: "Quota iscrizione al servizio di TRASPORTO SCOLASTICO Anno Scolastico 2015/2016" mese di _____/_____".**
 - **Con bonifico bancario sul Ns. conto presso Banca TERCAS sede di Atri (Te) IBAN: IT35H060607650CC0070009116 intestato a: COMUNE DI ATRI Servizio Tesoreria Unica, con l'indicazione della causale: "Quota iscrizione al servizio di TRASPORTO SCOLASTICO Anno Scolastico 2015/2016" mese di _____/_____".**
 - **In contanti o con Bancomat POS, presso lo Sportello Unico Polivalente in piazza Duchi D'Acquaviva. Tel. (085/8791311).**
 11. A dare tempestiva comunicazione al Settore Comunale Competente con apposito modulo da ritirare presso l'UFFICIO COMUNALE, in caso di RINUNCIA AL SERVIZIO.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali")

La informiamo che, i dati personali richiesti nel presente modulo, da Lei forniti, saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi in corso e per i controlli previsti dalla Legge, sia in forma elettronica che cartacea. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di Legge o regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali; in particolare sono comunicati alla Guardia di Finanza per i controlli previsti; sono trasmessi nei casi di insolvenza alle Società incaricate per la riscossione coattiva; sono trasmessi alle Poste Italiane per l'emissione dei bollettini di pagamento dei servizi comunali. I diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati nell'art. 7 del decreto sopra citato. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di ATRI : Responsabile dell' Ufficio Politiche Educative-Comune di Atri Piazza Duchi D'Acquaviva Atri Tel. 085 /8791223 .

Consenso

Il sottoscritto dichiara di esercitare la potestà genitoriale, autorizza l'invio al proprio domicilio dei bollettini di pagamento intestati all'alunno che fruisce dei servizi richiesti. Con la firma apposta in calce alla presente , sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

ATRI , il _____

Firma del Padre

Firma della Madre

PER IL SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA DEL/ DELLA BAMBINO/A

COGNOME	NOME	SESSO	
		M	F

NUMERO BADGE					
--------------	--	--	--	--	--

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni e sotto la propria personale, ai sensi degli artt.71, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000.

DICHIARA

Che il minore sopra indicato, per il quale si chiede l'iscrizione al servizio di refezione scolastica:

- Non è affetto da allergie di tipo alimentari
 E' affetto da allergie alimentari come riportato nel certificato medico della ASL di Teramo allegato.

ALLEGA:

- DICHIARAZIONE ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE 2014
 DICHIARA UN REDDITO ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE SUPERIORE AD € 12.000,00.
 DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO
 CERTIFICATO MEDICO DEL COMPETENTE SERVIZIO DELLA ASL DI TERAMO ATTESTANTE
EVENTUALI ALLERGIE ALIMENTARI

SI IMPEGNA:

a corrispondere, per il corrente A.S. 2015/2016, l'importo riferito ai buoni pasto usufruiti durante i relativi mesi dell'anno scolastico di Euro _____ cadauno, che sarà rilevato mediante tesserino magnetico e comunicato mensilmente.

In caso di rinuncia al servizio di prega di darne comunicazione al settore competente.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

La informiamo che, i dati personali richiesti nel presente modulo, da Lei forniti, saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi in corso e per i controlli previsti dalla Legge, sia in forma elettronica che cartacea. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di Legge o regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali; in particolare sono comunicati alla Guardia di Finanza per i controlli previsti; sono trasmessi nei casi di insolvenza alle Società incaricate per la riscossione coattiva; sono trasmessi alle Poste Italiane per l'emissione dei bollettini di pagamento dei servizi comunali. I diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati nell'art. 7 del decreto sopra citato. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di ATRI : Responsabile dell' Ufficio Politiche Educative-Comune di Atri Piazza Duchi D'Acquaviva Atri Tel. 085 /8791223 .

Consenso

Il sottoscritto dichiara di esercitare la potestà genitoriale, autorizza l'invio al proprio domicilio dei bollettini di pagamento intestati all'alunno che fruisce dei servizi richiesti. Con la firma apposta in calce alla presente , sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

ATRI , il _____

Firma del Padre

Firma della Madre