

Oggetto: Esonero pagamento Servizio Trasporto Scolastico a.s. 2026/2027

In riferimento alla richiesta di attivazione del Servizio di Trasporto Scolastico a.s. 2026/2027, il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente a Bitetto in Via/P.zza _____ n. _____, tel. _____ email _____ in qualità di genitore del/dei minore/i:

1. _____, nato/a a _____ il _____ e frequentante la scuola _____, classe e sez. _____
2. _____, nato/a a _____ il _____ e frequentante la scuola _____, classe e sez. _____
3. _____, nato/a a _____ il _____ e frequentante la scuola _____, classe e sez. _____

CHIEDE

di essere esonerato dal pagamento del Servizio di Trasporto Scolastico, in quanto il/la minore è affetto/a da disabilità, come da certificazione medica allegata. Si precisa inoltre che, il/la/i minore/i **necessita/non necessita (barrare la voce di non interesse)** di accompagnatore personale o di particolari servizi dedicati.

Si allega copia del documento di identità e certificazione medica.

Bitetto, lì _____

In fede
(firma del genitore)