

**COMUNE DI BITETTO**

**AI SETTORI PUBBLICA ISTRUZIONE E POLITICHE SOCIALI**

[protocollo.bitetto@pec.egovba.it](mailto:protocollo.bitetto@pec.egovba.it)

[protocollo@comune.bitetto.ba.it](mailto:protocollo@comune.bitetto.ba.it)

**Oggetto: Esonero pagamento Servizio Trasporto Scolastico A.S. 2023/2024**

In riferimento alla richiesta di attivazione del Servizio di Trasporto Scolastico a.s. 2023/2024, 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. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_, 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 affetta 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.

Bitetto, lì

In fede  
(firma del genitore)

\_\_\_\_\_