



# Comune di Ripatransone

Provincia di Ascoli Piceno

63065 Ripatransone – Piazza XX Settembre 1 – Tel 0735/9171 – Fax 0735/9469  
[www.comune.ripatransone.ap.it](http://www.comune.ripatransone.ap.it) e-mail: [protocollo@pec.comune.ripatransone.ap.it](mailto:protocollo@pec.comune.ripatransone.ap.it)  
Codice Fiscale e Partita IVA: 00370910440

AL COMUNE DI RIPATRANSONE  
UFFICIO SEGRETERIA  
P.zza XX Settembre 1  
63065 RIPATRANSONE (AP)

OGGETTO: RICHIESTA PER L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO - anno scolastico  
2018/2019

La/Il sottoscritta/o (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nazione (se nato all'estero) \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## Quale genitore/tutore del minore sotto indicato:

I DATI ANAGRAFICI DELLA/DEL BAMBINA/O per la/il quale si chiede l'iscrizione

Cognome ..... Nome ..... Sesso M F

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Nazione .....

Codice fiscale .....

CHE LA SCUOLA presso cui è iscritta/o la/il bambina/o per l'anno scolastico 2018/19 è la seguente:

Scuola dell'Infanzia (Materna):  CAPOLUOGO  VALTESINO  S.SAVINO

Scuola primaria (elementari) \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_

Scuola secondaria (media) \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

In relazione alla presente domanda di iscrizione al servizio di trasporto scolastico del proprio figlio, valendosi delle disposizioni di cui agli art. 5 – 46 e 47 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n° 445/2000,

### Consapevole

- ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite;

- di quanto deliberato con gli atti normativi dall'Amministrazione Comunale in merito alla determinazione delle tariffe dei servizi scolastici e ai relativi regolamenti di utilizzo;
  - 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 comunicato per iscritto all'Ufficio Segreteria;
- **DI AUTORIZZARE L'AUTISTA** a prelevare e riportare il proprio figlio nei punti di raccolta stabiliti annualmente;
- **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 loro carico;
- **DI IMPEGNARSI, ASSUMENDOSI QUALSIASI RESPONSABILITA' PENALE E CIVILE A (barrare la casella di interesse):**
- Essere presente** alla fermata del pulmino al momento del rientro del proprio figlio da scuola;
  - Autorizzare l'autista**, in assenza del genitore, a lasciarlo alla fermata a persona maggiorenne formalmente delegata, secondo quanto stabilito dal **Mod. di Delega** consegnato unitamente alla presente (o scaricabile dal sito istituzionale);
- **DI RISPETTARE** categoricamente la fermata indicata e gli orari stabiliti;
- **DI RICHIEDERE IL SEGUENTE SERVIZIO:**

**Trasporto per l'andata e ritorno** Fermata via \_\_\_\_\_

**Trasporto per una sola corsa per :**

**Andata**  **Ritorno**  
**Fermata via** \_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma autografa

\_\_\_\_\_

**N.B.= La richiesta va riconsegnata o spedita (per posta, mail o fax) all'Ufficio Segreteria entro e non oltre il 02.07.2018**

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

DOTT.SSA LALLA IEZZI

TEL. 0735917314

FAX 07359469

MAIL [comune@comune.ripatransone.ap.it](mailto:comune@comune.ripatransone.ap.it)

Orario : dal lun. al ven. 10,00/13.00

martedì e giovedì 16,00/17,30