

Alla
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
SERVIZIO TRASPORTI PUBBLICI
Piazza Dante, 6
38122 – TRENTO
serv.trasporti@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI RIMBORSO TOTALE/PARZIALE DELL'ABBONAMENTO TRASPORTI
(per gratuit  dell'abbonamento trasporti per gli alunni portatori di handicap non
autosufficienti frequentanti fino al secondo ciclo di studi – art. 11 L.P. 9/1993 – come previsto
dall'art. 12 comma 1 bis della L.P. 16/1993).

Il sottoscritto/La sottoscritta (vanno indicati gli estremi del genitore che ha effettuato il pagamento dell'abbonamento)

cognome _____ nome _____ nato/a _____
 _____ il ___/___/___ residente a _____
 _____ c.a.p. _____
 indirizzo _____ n. civico _____

numero di telefono cellulare/casa _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (P.E.C) _____

n. di fax _____

nella qualit  di genitore dell'alunno/i

cognome/nome _____

CHIEDE

La restituzione di EURO _____ pari al costo di acquisto dell'abbonamento per i seguenti motivi:

- rimborso totale quota pagata per unico figlio disabile che non ha beneficiato, nell'anno scolastico..... , di servizi di trasporto speciali ulteriori a quelli connessi alla frequenza scolastica;
- rimborso parziale della quota pagata per due figli di cui uno disabile avente diritto alla gratuit  prevista (la quota rimborsata sar  pari alla differenza tra la tariffa prevista per due figli e quella prevista per un figlio),

da rimborsarsi mediante:

- o accredito in conto corrente bancario:

denominazione Istituto Bancario _____

filiale di _____

codice i.b.a.n.

