RIMBORSO ABBONAMENTI DITTA "CRACCHIOLO " STUDENTI A.S.2024/2025 PERIODO: DA OTTOBRE A DICEMBRE2024

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI -CARINI-

OGGETTO:L.R. N.24 DEL 26/5/1973 E S.M. - CIRCOLARE N.16 DELL'8 OTTOBRE 2003.

Alunn__ _____nat__ a _____il_____
__l__ sottoscritt___ _____nat_ _____

il _____**C.F.** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e residente a Carini Via _____N._____Tel _____
genit___ dell'alunn__ sunnominat__, comunica alla S.V. la iscrizione del__ medesim___ per l'anno scolastico 2021/2022 alla classe ____Sez.___dell'Istituto Statale _____ _____"avente sede a **PARTINICO e TERRASINI** Via _____ N.____;

_l_ sottoscritt_ chiede, pertanto, alla S.V. di volere ammettere _l _ propri__ figli_ al beneficio del **RIMBORSO ABBONAMENTI DITTA "CRACCHIOLO"** ai sensi della L.R. 24/73 e la circolare n.16 dell'8 ottobre 2003, segnata in oggetto, per i mesi da: **OTTOBRE A DICEMBRE 2024;**

VISTO il D.A n.64 del 18/03/2021, la gratuità del servizio di trasporto scolastico è riservata agli studenti in maggiori condizioni di disagio economico entro il tetto massimo di ISEE pari ad € 10.632,94;

CHE oltre il tetto massimo stabilito per la gratuità può prevedersi che con fondi comunali e fino alla disponibilità delle risorse allocate in bilancio si possa garantire un rimborso percentuale nella misura:

- Rimborso pari al 60% della spesa trasporto sostenuta sino ad un ISEE da € 10.632,94 a € 16.000,00;
- Rimborso pari al 50% della spesa trasporto sostenuta sino ad un ISEE da € 16.000,00 a € 20.000,00;
- ISEE oltre i 20.000,00 non sarà previsto alcun rimborso della spesa trasporto sostenuta;

All'uopo dichiara:

- che il proprio ISEE ammonta a € _____che si allega in copia;
- di essere in residente a Carini in Via _____N.___ e che __l__ figli__deve servirsi del mezzo pubblico **DITTA "CRACCHIOLO"** per raggiungere l'istituto anzidetto.

Si allegano alla presente pezze giustificative dei costi affrontati per i mesi da **OTTOBRE A DICEMBRE 2024.**

- abbonamenti mensili per un importo pari a € _____;
-biglietti settimanali e giornalieri per un importo pari a € _____;

CODICE IBAN

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐