

**Al Responsabile dei Servizi Scolastici
del Comune di Bibbiena**

Il sottoscritto _____ c.f. _____ residente

in _____ Via _____

n° _____, padre/madre del bambino/a _____,

che

frequenta la classe _____ Sez. _____ della Scuola Materna / Elementare / Media
di _____;

frequenta il _____ anno del Micronido;

frequenta lo "Spazio incontro" 3/18 mesi 18/36 mesi;

CHIEDE

di poter beneficiare, per l'A.S. 2005/2006, della/e seguente/i agevolazione/i:

esenzione / riduzione buono mensa

esenzione / riduzione trasporto scolastico

esenzione / riduzione retta Micronido

esenzione / riduzione retta "Spazio incontro"

A tal fine, allega copia della certificazione I.S.E.E..

Data.....

FIRMA

.....

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali, approvato con D.Lgs. n. 196/2003 e ee.mm.ii. per le finalità di cui alla presente domanda.

Data.....

FIRMA

.....