



**ISTITUTO COMPRENSIVO**  
S. Paolo Bel Sito - Casamarciano - Liveri

Pervenuto il 25-09-2018

Protocollo N. 3061



# COMUNE DI SAN PAOLO BEL SITO

Città Metropolitana di Napoli

Via Tommaso Vitale, 36 - CAP 80030 - Tel. 081. 8295676 - Fax 081.5105359

UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE

Prot. n. 4145 del 24/09/2018

Al Dirigente dell' Istituto Comprensivo  
di San Paolo Bel Sito  
via Caracciolo

80030 San Paolo Bel Sito

OGGETTO: Servizio trasporto scolastico per gli alunni delle scuole dell'Infanzia e Primaria per l'a.s.2018/2019.

Con la presente si comunica che lunedì 1° ottobre c. a. avrà inizio il servizio di trasporto scolastico in favore degli alunni delle Scuole dell'Infanzia e Primaria del Comune di San Paolo bel Sito, per l'a.s.2018/2019.

Per accedere al servizio, riservato esclusivamente agli alunni delle Scuole dell'Infanzia e Primaria residenti nel Comune di San Paolo Bel Sito, gli interessati dovranno compilare l'apposito modello di iscrizione (modello allegato) da presentare al Protocollo Generale del Comune entro le ore 14:00 del giorno 29/09/2018.

Ulteriori informazioni sono riportate nell' allegato avviso pubblico di cui si chiede di darne la massima diffusione.

Si ringrazia per la collaborazione.



Il Responsabile del Servizio  
Rag. Salvatore Addeo



# COMUNE DI SAN PAOLO BEL SITO

Area metropolitana di Napoli  
Via Tommaso Vitale, 36 - CAP 80030 -

Prot. n.4143

## SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO PER GLI ALUNNI DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA E PRIMARIA PER L'A.S..2018/2019.

### AVVISO

Sono aperte le iscrizioni per il servizio di trasporto scolastico per gli alunni delle Scuole dell'Infanzia e Primaria, residenti nel Comune di San Paolo Bel Sito per l'a.s.2018/2019.

**Il servizio avrà inizio LUNEDI' 1° ottobre 2018**

Le tariffe per usufruire del servizio determinate con deliberazione di G. M. N.10 DEL 29/01/2018, sono le seguenti:

- N.1 alunno..... € 10,00 (dieci) mensili;
- N.2 o più alunni appartenenti allo stesso nucleo familiare..... € 15,00 (quindici) mensili;

**La tariffa non si applica agli alunni diversamente abili riconosciuti ai sensi della legge 104/92.**

L'iscrizione ha validità per l'intero anno scolastico 2018/2019. Eventuali disdette devono essere comunicate al Comune in forma scritta.

Il pagamento della tariffa da corrispondersi direttamente al Comune mediante versamento sul C.C.P. n.17033804 intestato alla Tesoreria del Comune di San Paolo Bel Sito, può essere effettuato in un'unica soluzione all'atto dell'iscrizione o, mensilmente.

Il pagamento mensile deve avvenire non più tardi del terzo giorno di inizio del mese .

Agli utenti ammessi al servizio sarà rilasciato un tesserino identificativo da esibirsi agli operatori dello scuolabus al momento della salita sull'automezzo.

Si ricorda che l'Amministrazione è responsabile del trasporto solo durante il tragitto, mentre è a carico delle famiglie degli alunni l'accompagnamento ai luoghi di raccolta e, da questi, a casa.

Per l'ammissione al servizio i genitori o gli altri soggetti che rappresentano l'alunno devono compilare la domanda di iscrizione da consegnare all'Ufficio Pubblica Istruzione entro venerdì 29/09/2018.

La modulistica è reperibile presso l'Ufficio Pubblica Istruzione, nelle ore d'ufficio, o scaricabile dal sito web istituzionale del Comune: [www.comune.sanpaolobelsito.na.it](http://www.comune.sanpaolobelsito.na.it) . nella Sezione Avvisi dell'Albo Pretorio.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Ufficio P.I.del Comune nei consueti orari di apertura al pubblico.

Dalla Residenza Municipale, Li 24/09/2018

L'Assessore alla P.I.  
Silvia Poletto



# COMUNE DI SAN PAOLO BEL SITO

Città Metropolitana di Napoli

Via Tommaso Vitale, 36 - CAP 80030 San Paolo Bel Sito

## ISCRIZIONE AL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO A.S.2018/2019

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER L'A.S.2018/2019 PER IL PROPRIO FIGLIO/A:  
1° figlio

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola dell'INFANZIA/PRIMARIA DELL'Istituto Comprensivo di S.Paolo Bel Sito;

2° figlio

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola dell'INFANZIA/PRIMARIA DELL'Istituto Comprensivo di S.Paolo Bel Sito;

3° figlio

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto alla Scuola dell'INFANZIA/PRIMARIA DELL'Istituto Comprensivo di S.Paolo Bel Sito;

DICHIARA

- Di impegnarsi a versare la quota mensile di partecipazione al servizio stabilita con deliberazione di G.M. n.10 del 29/01/2018. ( € 10,00 mensile per un solo alunno; € 15,00 mensile per due o più alunni) .
- Chiede l'esenzione dal pagamento della suddetta quota di partecipazione al servizio essendo l'alunno \_\_\_\_\_ riconosciuto diversamente abile ai sensi della legge 104/92., come da certificazione medica allegata.
- Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

S.Paolo Bel Sito, Li

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

(Allegare copia documento d'identità valido)