Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

Al Sig. Sindaco del Comune di Trasacco

| **RICHIESTA SERVIZI SCOLASTICI COMUNALI ANNO** ..... |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

In qualità di, ...

Dell'alunno/a

(Cognome e nome) .....nato/a.....il.....

Residente a ..... Via ..... N° .....

Chiede i seguenti servizi:

.....

.....

.....

.....

.....

Presso la scuola.....

.....

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veritiere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí .....

Il richiedente .....