



# COMUNE DI COLONNO

## PROVINCIA DI COMO

Via N. Cazzaniga, 3 - 22010 Colonno CO  
C.F. 00467840138

### RICHIESTA ISCRIZIONE/ RINNOVO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO

**A.S. 2026/2027**

Il sottoscritto genitore, tutore, affidatario				
Cognome	Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Indirizzo residenza		Civico	Comune	CAP
Telefono		Email		

Dell'alunno				
Cognome	Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Indirizzo residenza		Civico	Comune	CAP

Iscritto all'Istituto Comprensivo della Tremezzina				
Primaria	Classe		Sezione	
<input type="checkbox"/>				
Secondaria	Ordinario	Musicale	Classe	Sezione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### CHIEDE

per l'anno scolastico 2026/2027

L'ISCRIZIONE (SOLO NUOVI ISCRITTI)				
Primaria	Classe		Sezione	
<input type="checkbox"/>				
Secondaria	Ordinario	Musicale	Classe	Sezione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fermata (vedi allegato)				

N.B: il servizio non è automaticamente confermato, ma è soggetto a verifica della disponibilità di posti.

IL RINNOVO (stesse modalità utilizzate l'anno precedente)				
Primaria	Classe		Sezione	
<input type="checkbox"/>				
Secondaria	Ordinario	Musicale	Classe	Sezione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fermata (vedi allegato)				
Badge n.		Turno		
Se non in possesso del badge indicare la motivazione:				



# COMUNE DI COLONNO

## PROVINCIA DI COMO

Via N. Cazzaniga, 3 - 22010 Colonno CO  
C.F. 00467840138

### AI FINI DELLA GRADUTORIA

**CONSAPEVOLE CHE:** ai sensi degli artt. 48 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

**DICHIARA ALTRESÌ** (barrare e completare solo le voci che interessano):

<input type="checkbox"/>	Che nel proprio nucleo familiare è presente un genitore con invalidità del 100% che necessita di assistenza continua
<input type="checkbox"/>	Che nel proprio nucleo familiare è presente altro figlio con invalidità del 100% che necessita di assistenza continua
<input type="checkbox"/>	Indicare la lontananza tra la località di residenza e la scuola .....
<input type="checkbox"/>	Che il nucleo familiare è monoparentale
<input type="checkbox"/>	Che i genitori sono impossibilitati, ad accompagnare il figlio/a alla scuola per i seguenti motivi: .....
<input type="checkbox"/>	Che per il medesimo servizio è stato richiesto il <b>rinnovo</b> per uno/o più fratelli
<input type="checkbox"/>	Che nel proprio nucleo familiare entrambi i genitori lavorano tempo pieno
<input type="checkbox"/>	Che nel proprio nucleo familiare entrambi i genitori lavorano e almeno uno a tempo pieno
<input type="checkbox"/>	Che nel proprio nucleo familiare entrambi i genitori lavorano part-time

In caso di parità verrà data la precedenza agli appartenenti alle famiglie aventi il minor reddito, comprovato dall'ISEE (indicatore situazione economica equivalente). In mancanza di presentazione dell'ISEE non verranno assegnate priorità di accesso al servizio. In caso di ulteriore parità, verrà considerato l'ordine di presentazione al protocollo comunale della domanda di iscrizione al servizio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
**Firma** (del dichiarante genitore/tutore/affidatario del minore)

**Allegare fotocopia carta d'identità del firmatario**