

Carta intestata del Comune

OGGETTO: Modulo rendicontazione contributi per trasporto per gli studenti con disabilità delle scuole superiori - anno scolastico _____

Ai fini della liquidazione del contributo in oggetto si trasmettono di seguito i giorni di effettiva presenza scolastica degli alunni sottoelencati:

| COGNOME | NOME | ISTITUTO | *GIORNI DI FREQUENZA SCOLASTICA MESE | | | | | | | | | | | |
|---------|------|----------|--------------------------------------|---------|----------|----------|---------|----------|-------|--------|--------|--------|--|--|
| | | | SETTEMBRE | OTTOBRE | NOVEMBRE | DICEMBRE | GENNAIO | FEBBRAIO | MARZO | APRILE | MAGGIO | GIUGNO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritt _____, nella sua qualità di _____ del _____
con sede in _____ (Prov. _____), via/piazza _____, C.A.P. _____, tel. _____, fax _____, e-mail _____

Dichiara di aver verificato la regolarità dei documenti inviati della scuole, dai quali risultano gli effettivi giorni di presenza per ciascuno studente.

(luogo/data)

IL RESPONSABILE

***N.B. Si prega di verificare che tra i giorni di frequenza scolastica, risultanti dagli attestati inviati dagli istituti, non siano inclusi giorni festivi**

Timbro del Comune