



**RICHIESTA DEL SUSSIDIO COMUNALE PER LE SPESE DI TRASPORTO
DESTINATO AGLI ADULTI (FR. 100.-)
ABB. ARCOBALENO DUE ZONE (10+11) 2° CLASSE**

COGNOME.....NOME.....

INDIRIZZO.....TEL.....

DATA DI NASCITA.....

ABBONAMENTO ARCOBALENO ANNUALE:

VALIDO DAL.....AL.....

RELAZIONE BANCARIA O POSTALE (crociare p.f.)

SEDE E TIPO DI BANCA

INTESTATARIO.....

IBAN/CONTO

**Il sussidio sarà versato sul conto corrente bancario o postale del beneficiario a
discrezione della Cassa comunale.**

Allegare:

- copia titolo di trasporto

Luogo e data:.....FIRMA.....