6. melléklet a 17/2025. (X. 3.) önkormányzati rendelethez

Szekszárd Megyei Jogú Város
Polgármesteri Hivatala
Önkormányzati és Szervezési
Igazgatóság
Szociális Osztály
7100 Szekszárd, Bezerédj u. 2.
Tel: 74/999-310

Ügyfélfogadási idő: **Hétfő: 8,00 – 16,30 óráig** **Szerda: 8,00 – 16,30 óráig**

KÉRELEM
közlekedési tanulóbérlet megállapításához

Kérelmező neve: _____ leánykori neve: _____
Szül.helye: _____ ideje: _____ év _____ hó ____ nap
Anyja neve: _____
Lakóhely: _____ Telefonszáma: _____
Tartózkodási helye: _____ Telefonszáma: _____

A közlekedési tanulóbérletet használó gyermek neve: _____
Szül.helye: _____ ideje: _____ év _____ hó ____ nap
Anyja neve: _____
Lakóhely: _____ Telefonszáma: _____
Tartózkodási helye: _____ Telefonszáma: _____
Oktatási intézmény neve és címe: _____
_____
A közlekedési tanulóbérlet sorszáma: _____
Az igénybe vett helyijárat útvonala /Fel- és leszállóhely megnevezése/:
_____

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a kérelemben szereplő adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben szereplő adatok nyilvántartásba kerülnek az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény alapján.

Szekszárd, ...

.....
kérelmező aláírása

A kérelemhez mellékelni kell: – tanulóbérletet
– fogyatékos gyermek esetében az azt tanúsító orvosi papírok másolatát