

RINUNCIA SERVIZI SCOLASTICI

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il ____ / ____ / ____ ,a _____ , Provincia _____
Residente nel Comune di _____ Provincia _____
Via/piazza _____ - _____ n _____
RECAPITI TEL. _____ , _____ , _____

IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A

cognome _____ nome _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Provincia _____
CLASSE _____ SEZIONE _____ SCUOLA _____

RICHIEDE

LA RINUNCIA AL SEGUENTE SERVIZIO SCOLASTICO

- PRE SCUOLA
- POST SCUOLA
- DOPO SCUOLA
- MENSA SCOLASTICA
- TRASPORTO SCOLASTICO

Poggio Renatico, ____ / ____ / _____

Firma _____

ESTREMI DOCUMENTO IDENTITA'