



# CITTA' DI CASTEL SAN GIOVANNI

Al Responsabile del Settore  
Pubblica Istruzione  
Comune di Castel S. Giovanni

RINUNCIA AL SERVIZIO PRE-POST SCOLASTICA A.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Io sottoscritto/a:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Genitore di:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

- Avendo presentato domanda relativa all'iscrizione per tutto l'anno scolastico  
**DICHIARO DI**

**RITIRARE il proprio figlio/a frequentante:**

- |                                                            |                                                          |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRESCOLASTICA Scuola materna      | <input type="checkbox"/> POSTSCOLASTICA Scuola materna   |
| <input type="checkbox"/> PRE/POSTSCOLASTICA Scuola materna | <input type="checkbox"/> PRESCOLASTICA Scuola elementare |

per il seguente motivo

- PER ALTRI MOTIVI
- CAMBIO DI RESIDENZA (indicare nuovo indirizzo)

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

A cura dell'Ufficio:

Vista la domanda presentata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, dato atto che la disdetta deve essere data 30  
giorni prima, il pagamento verrà sospeso dal mese di: \_\_\_\_\_

- 1° trimestre (sett/dic.)     2° trimestre (gen./mar.)     3° trimestre (apr/giu)

Firma dell'addetto Ufficio Pubblica Istruzione

Per accettazione data \_\_\_\_\_

Il genitore