



CITTA' DI CASTEL SAN GIOVANNI

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

RINUNCIA AL SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO 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:

Scuola materna Scuola elementare Scuola media

per il seguente motivo:

PER ALTRI MOTIVI

CAMBIO DI RESIDENZA (indicare nuovo indirizzo)

Via _____ Città _____

Cap _____ Prov. _____

A cura dell'Ufficio:

Visto la domanda presentata in data ____/____/____, dato atto che la disdetta deve essere data 30 giorni prima, il pagamento verrà sospeso dal trimestre:

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

Firma dell'addetto Ufficio Pubblica Istruzione

Per accettazione data ____/____/____

Il genitore
