



COMUNE DI CAMPI BISENZIO
Provincia di Firenze

PROT. N. _____ del _____

RINUNCIA AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO A. S. ____/____

Il /La sottoscritta _____

residente in Via/Piazza _____ Comune _____

Tel. Cellulare: _____

genitore dell'alunno _____ Sesso M F

Nato il: _____ Comune di nascita: _____ Nazione: _____

Che frequenta la scuola

Infanzia

Primaria

Comunica che rinuncia al :

SERVIZIO DI ANDATA

SERVIZIO DI RITORNO

SERVIZIO DI ANDATA E RITORNO

DATA DI DECORRENZA

Il pagamento del servizio va effettuato sino alla data di decorrenza della rinuncia sopra indicata e comunque a copertura dell'intero mese.

Campi Bisenzio, il _____

Firma del genitore