



**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