

| | | |
|---|--|---|
|  | <p style="text-align: center;">  MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA TOSCANA Istituto Comprensivo Centro Migliarina Motto Via G. Puccini, 366 - 55049 VIAREGGIO (LU) tel. 0584/962403 fax 0584/961863 sito: www.iccentromigliarinamotto.gov.it e-mail: luic82000d@istruzione.it e-mail PEC: luic82000d@pec.istruzione.it Cod.fisc. 82011190467 </p> |  |
|---|--|---|

RINUNCIA ALL'ASSISTENZA SCOLASTICA
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a)

I sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Residenti*in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

*(indicare entrambi le residenze se diverse)

Genitori dell'alunno _____

Luogo e data di nascita: _____ iscritto alla classe _____
dell'Istituto _____

DICHIARANO/DICHIARADIRINUNCIARE ALL'ASSISTENZA SCOLASTICA

per l'anno scolastico _____ per i seguenti motivi: _____

Data _____

Firma degli esercenti la patria potestà

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/adichiara di informare il Sig./la Sig.ra genitore/tutore/affidatario della rinuncia in oggetto.

Firma per p.v. del Dirigente Scolastico