CITTA' di ARZIGNANO
(Provincia di Vicenza)

Ufficio Scuola

COMUNICAZIONE DI RITIRO DAL SERVIZIO

TRASPORTO ALUNNI CON DISABILITA'

▪ DATI ANAGRAFICI GENITORE

Il/la Sottoscritto/a

*Cognome

*Nome *Sesso M / F

*C.Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Cittadinanza

*Nato a Prov. *Nazione

*In data / / *Residente nel Comune di

*Provincia

*Indirizzo * N° /

Cellulare

E-mail

IN QUALITA' DI GENITORE O TUTORE

2 ▪ DATI ALUNNO/A

*Cognome

*Nome *Sesso M / F

*Nato a Prov. In data / /

3 ▪ SCUOLA FREQUENTATA

Scuola classe/sezione

COMUNICA IL RITIRO DAL SERVIZIO DI TRASPORTO ALUNNI CON DISABILITA'

Con decorrenza dal _____

Data ___/___/_____

_____
(Firma del dichiarante[1])

Da inoltrare a : protocollo@comune.arzignano.vi.it o consegnare all'Ufficio Protocollo in Comune.

1