

RINUNCIA/SOSPENSIONE DEL SERVIZIO “TRASPORTO SCOLASTICO”

Il sottoscritto _____, residente
in _____, via/piazza _____ n° _____,
tel. n. _____ / _____ / _____ genitore
dell'alunno/a _____,
nato/a a _____ il _____
frequentante per l'anno scolastico 2019-2020 la classe _____ sezione _____
della Scuola _____

CHIEDE

- di **RINUNCIARE** al servizio di trasporto scolastico con decorrenza dal mese di _____;
- la **SOSPENSIONE** del Servizio di trasporto scolastico nel periodo: _____.

La sospensione del pagamento è autorizzata nel caso in cui l'assenza sia di oltre 20 giorni solari consecutivi e sia pervenuta la presente comunicazione all'Ufficio Pubblica Istruzione del Comune entro i primi 10 giorni.

Si precisa che l'abbonamento deve sempre essere a disposizione di eventuali controlli

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, trasferimento e comunicazione dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che saranno trattati per uso strettamente legato alla gestione della procedura di cui al presente provvedimento.

data _____

firma _____

(uno dei genitori o chi ne fa le veci)