



**Città metropolitana di Firenze**

PROT. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (compilazione a cura dell'ufficio)

**RINUNCIA AL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO A. S. \_\_/\_\_/\_\_\_\_**  
(da compilare e inviare al seguente indirizzo di posta: scuolabus.pi@comune.campi-bisenzio.fi.it)

Il /La sottoscritta \_\_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ Sesso M F

Nato/a 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 trimestre.

Campi Bisenzio, il \_\_\_\_\_

Firma del genitore

.....

(allegare copia fronte retro del documento d'identità)