

ALLA COMMISSIONE SCUOLA/SOCIALE

Comune di Grizzana Morandi

c/o - Ufficio Servizi Scolastici e Sociali -

Via Pietrafitta, 52

40030 GRIZZANA MORANDI (BO)

**DOMANDA DI RIDUZIONE DEL PAGAMENTO
DEI SERVIZI SCOLASTICI**

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in Via _____ n. _____

cap. _____ telefono /cellulare n. _____

Codice Fiscale _____

in qualità di _____ (genitore/avente la patria potestà)

dell'alunno/a _____

nato a _____ il _____

e frequentante la scuola _____

_____ classe _____ per l'anno scolastico _____

con la presente chiede LA RIDUZIONE della tariffa del servizio di :

mensa scolastica

trasporto scolastico

altro _____

→ A tal fine allega alla presente valida CERTIFICAZIONE ISE

NOTE _____

data _____

Firma _____
