

All'Ufficio Segreteria
del Comune di Castelcovati
Via Chiari n. 60
25030 CASTELCOVATI (BS)

SCUOLABUS RINUNCIA AL SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a genitore

Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Comune di nascita		Provincia o Nazione estera di nascita			
Residente: Comune		Provincia	Via / Piazza		n. civico	n. interno
C.A.P.	Telefono		Cellulare		E - mail	

dell'alunno/a

Cognome		Nome		Sesso	
Data di nascita	Comune di nascita		Provincia o Nazione estera di nascita		

dell'alunno/a

Cognome		Nome		Sesso	
Data di nascita	Comune di nascita		Provincia o Nazione estera di nascita		

COMUNICA LA RINUNCIA

al servizio scuolabus a decorrere dal _____.

Data _____

Il Dichiarante _____

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati per le finalità sopra indicate (art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali").