

RINUNCIA AL SOSTEGNO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Residenti * in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

** (indicare entrambe le residenze se diverse)*

Genitori dell'alunno _____

Luogo e data di nascita: _____ iscritto alla classe _____
dell'Istituto _____

o, se l'alunno è maggiorenne

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita: _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

iscritto alla classe _____ dell'Istituto _____

sentito il parere Favorevole Sfavorevole del GLHO

DICHIARANO / DICHIARA DI RINUNCIARE AL SOSTEGNO SCOLASTICO

a partire dall'anno scolastico _____ per i seguenti motivi: _____

Data _____

Firma degli esercenti la patria potestà
o dell'alunno (se maggiorenne)