



COMUNE DI MONTECASTRILLI
Provincia di Terni
UFFICIO SCUOLA

Al Comune di MONTECASTRILLI
Servizi Scolastici

COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE/SOSPENSIONE SERVIZIO DI TRASPORTO CON SCUOLABUS
Anno Scolastico 2018/2019

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome)
Nato/a a il
Residente a Prov.
Via N° CAP
quale genitore dell'alunno (Cognome e nome)
Scuola frequentata

COMUNICA

Che per motivazioni strettamente personali, con decorrenza
il servizio di trasporto scolastico per l'utente suddetto:

☐ cesserà o ☐ verrà sospeso fino al

.....

Montecastrilli _____

Firma del genitore/tutore

*(Se la firma non è apposta presso L'Ufficio Scolastico
allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)*