



MODULO DI RICHIESTA RETTA RIDOTTA

I sottoscritti _____

e _____

genitori del/della bambino/a _____

iscritto/a per l'anno scolastico _____/ _____

presso la Scuola dell'Infanzia di ☐ S. Rocco ☐ S. Maria ☐ S. Anna

Chiedono la riduzione della retta scolastica a 120€ per il mese di _____

Motivo della richiesta:

☐ Rientro al paese natio di uno dei due genitori _____

☐ Ospedalizzazione (allegare certificato medico)

☐ Convalescenza da intervento/frattura (allegare certificato medico)

Periodo di assenza: dal _____ al _____

La riduzione è prevista per un'assenza minima e continuativa di 20 giorni dal calendario scolastico (si conteggiano i giorni di apertura della scuola).

Si chiede di consegnare il presente modulo direttamente alla coordinatrice oppure inviare a segreteriainfanzialivigno@gmail.com.

Livigno, lì _____

Firme:

Padre _____

Madre _____