



## 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 chiede di consegnare il presente modulo direttamente alla coordinatrice oppure inviare a [segreteriainfanzialivigno@gmail.com](mailto:segreteriainfanzialivigno@gmail.com).

Livigno, li \_\_\_\_\_

Firme:

*Padre* \_\_\_\_\_

*Madre* \_\_\_\_\_