**Al Comune di Cupello**
**Servizi Scolastici – Corso Mazzini,1 – 66051 - Cupello**

**RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DAL SERVIZIO TRASPORTO**

**Per l'anno scolastico _____/_____**

Il /La sottoscritta/o (cognome e nome)_____

nato /o a _____ il _____

nazione (se nato all'estero)_____

Residente a _____ Prov._____

Via _____N._____/_____CAP_____

Tel._____Cell._____

e-mail_____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**chiede la cancellazione dal Servizio Trasporto dal mese di:**

1. Cognome e nome _____nato a _____il_____
   Scuola_____Classe Sez._____

2. Cognome e nome _____nato a _____il_____
   Scuola_____Classe Sez._____

Firma del genitore

Cupello, lì _____ _____