

Al Dirigente Scolastico
Istituto Istruzione Superiore "G. Garibaldi"
Macerata

Il sottoscritto _____
genitore dello/a studente/studentessa _____ nato/a
a _____ (Prov. _____) il _____ iscritto/a alla
classe _____ sez. _____ di codesto Istituto e residente a _____ in
via _____ n. _____ tel. _____
cellulare (del genitore) _____ indirizzo mail (del genitore) _____

CHIEDE

la rinuncia

- al CONVITTO per l'anno scolastico 20..../20....
- al SEMICONVITTO per l'anno scolastico 20..../20....

_____, li _____
(luogo e data)

(Firma del genitore)