Comune di Padova

SETTORE SERVIZI SCOLASTICI
Via Raggio di Sole n. 2
Tel.: 049/8204008 – 049/8204011
Fax.: 0498207120

OGGETTO: Richiesta di riduzione per malattia Scuole dell'Infanzia Anno Scolastico ……

Il sottoscritto …….

Tel:……..e-mail…….

Genitore di ……..……..……...

Frequentante la scuola……..……..…….

in regola con i pagamenti delle tariffe scolastiche, anche pregresse, di tutti i bambini appartenenti al medesimo nucleo familiare, comunica che il proprio figlio/a resterà assente per malattia, come da allegato certificato medico sottoscritto dal pediatra, per un periodo uguale o superiore a tre settimane consecutive

dal…… al ……

chiede

- la **riduzione del 75%** della tariffa relativa al mese successivo a quello del rientro a scuola, per le assenze dalle tre alle quattro settimane consecutive;
- la **riduzione del 100%** della tariffa relativa al mese successivo a quello del rientro a scuola, per le assenze dalle quattro e fino alle sei settimane consecutive;
- la **riduzione del 100% della tariffa relativa al mese** mese successivo a quello del rientro a scuola e **del 40% della tariffa relativa al secondo mese successivo a quello del rientro a scuola,** per le assenze superiori alle sei settimane consecutive.

Padova il, Firma

_____