



CITTÀ DI BAVENO
Provincia del Verbano Cusio Ossola
Ufficio Servizi alla Persona

Modulo per la rinuncia ai servizi scolastici

Il/La sottoscritto/a (Genitore/Tutore Legale):

Cognome Nome

nato/a a in data..... C.F.

residente in via n. C.A.P.

Telefono E-mail

CHIEDE per l'alunno/a

Cognome Nome

nato/a a in data..... C.F.

iscritto/a alla scuola Plesso di frequentante la classe sez.

la RINUNCIA ai seguenti SERVIZI EDUCATIVI a partire dal mese di

☐ Pre-scuola

☐ Scuolabus

☐ Qbhalò

☐ Post-scuola

☐ Mensa

☐ Spazio Biblio

Il/La sottoscritto/a dichiaro di avere preso visione e di accettare tutte le condizioni generali inerenti i servizi scolastici comunali ed inoltre, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, e autorizza l'ente/istituzione scolastica al trattamento dei dati conferiti esclusivamente per la gestione del procedimento di rinuncia ai servizi scolastici.

Luogo e data

Firma

Si allega alla presente copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.