

DOMANDA DI CONFERMA SERVIZIO DI SEMICONVITTO SCOLASTICO

___/___ sottoscritt _____

In qualità di padre madre tutore

divorziato/separato con affido congiunto con affido esclusivo

dell'alunno/a _____

iscritto nel corrente a.s. all'indirizzo _____ sez. _____

CHIEDE

PER L'A.S. ___/___ LA CONFERMA DEL SERVIZIO DI SEMICONVITTO SCOLASTICO

A tal proposito dichiara di aver preso visione del Regolamento del Semiconvitto e di accettarne le condizioni.

Latina, ___/___/20__

Firma del Genitore
(o esercente la Potestà)

Riservata all'Ufficio

Vista la richiesta

- SI ACCETTA**
- SI RESPINGE**

Latina, ___/___/20

IL DIRIGENTE SCOLASTICO