



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, 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 prima retta emessa il mese successivo a quello del rientro a scuola, per le assenze dalle tre alle quattro settimane consecutive;
- la **riduzione del 100%** della prima retta emessa il mese successivo a quello del rientro a scuola, per le assenze dalle quattro e fino alle sei settimane consecutive;
- la **riduzione del 100% della prima retta** emessa il mese successivo a quello del rientro a scuola e **del 40% della seconda retta** emessa, per le assenze superiori alle sei settimane consecutive.

Padova il,

Firma
