

**MODELLO D: RICHIESTA DI RIDUZIONE PER INVALIDITA'**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_

In qualità di:

Genitore dell'alunno/a

Tutore dell'alunno/a:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola:

Nido d'infanzia –  Infanzia –  Primaria –  Secondaria di I° grado

Denominata \_\_\_\_\_

Sita nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La riduzione delle tariffe per la seguente invalidità: (*specificare*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_.

**FIRMA**