



# Comune di Padova



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

**OGGETTO: Comunicazione di assenza Scuole dell’Infanzia per motivi diversi dalla malattia  
Anno Scolastico .....**

Il/la sottoscritto/a .....

Tel:.....e-mail.....

Genitore di .....

Frequentante la scuola.....

**In regola con i pagamenti delle tariffe scolastiche, anche pregresse,** comunica che il proprio figlio/a non frequenterà la Scuola dell’Infanzia per un periodo uguale o superiori alle 3 settimane consecutive dal..... al .....  
per i seguenti motivi.....  
.....

### 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, li

Firma

\_\_\_\_\_