



**CITTA' DI PESCARA**  
**Medaglia d'oro al Merito Civile**  
Settore Politiche Sociali  
Servizio Sistema Educativo – Ristorazione – Trasporti

**MODULO RIDUZIONE RETTA**

Il/la sottoscritto/a ..... padre/madre  
del/la piccolo/la..... nato/a .....  
il..... che frequenta il nido d'infanzia..... di  
via .....

**DICHIARA**

di effettuare il pagamento della retta mensile di €....., con decurtazione pari al 30%  
a causa dell'assenza prolungata per malattia ( 18 gg. consecutivi, festività comprese ) del/la  
proprio/a figlio/a, a decorrere dal giorno..... fino al  
giorno.....ai sensi dell'art. 26 comma 5 del Regolamento dei nidi d'infanzia.

In fede.

**Firma** .....

**Pescara,** .....