



## Modulo di rinuncia

Spett.le

UISP COMITATO REGIONALE

TOSCANA APS

**Il/La sottoscritto/a:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Comune, Provincia, Stato)*

Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

genitore/tutore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**PRESO ATTO DI QUANTO PREVISTO AL REGOLAMENTO DEL PROGETTO RAGAZZINSIEME 2024, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL PUNTO 6) RINUNCE ED EVENTUALI RIMBORSI**

**Comunica che** \_\_\_\_\_ (nome cognome del minore) **rinuncia a partecipare al**  
**soggiorno** \_\_\_\_\_

Luogo , Data: \_\_\_\_\_ In fede, \_\_\_\_\_