

SOLICITUD DE BAJA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR

CURSO 202__/202__

COLEGIO _____ **LOCALIDAD** _____

| 1. DATOS DEL ALUMNO/A | |
|-----------------------|-------------------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: |
| NOMBRE: | CURSO: |

| 2. DATOS FAMILIARES: PADRE / MADRE / TUTOR/ TUTORA (rodee lo que proceda) | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | |
| NOMBRE: | DNI: | TE EFONO: |

| 3. SERVICIOS PARA LOS QUE SOLICITA LA BAJA: | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| COMIDA (señale el servicio que solicita con una x): | | | | | | | |
| HABITUAL (todos los días del mes) | ESPORADICO (uso ocasional) | DIAS CONCRETOS (algunos días de la semana) | L | M | X | J | V |
| FECHA EN LA QUE DEJA DE USAR EL SERVICIO: | | | | | | | |
| AULA MATINAL (señale el servicio que solicita con una x): | | | | | | | |
| HABITUAL (todos los días del mes) | ESPORADICO (uso ocasional) | DIAS CONCRETOS (algunos días de la semana) | L | M | X | J | V |
| FECHA EN LA QUE DEJA DE USAR EL SERVICIO: | | | | | | | |

PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario, quedaran registrados en un fichero de clientes y, podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose a info@proyectolabor.es

Las solicitudes de baja se deberán comunicar si es posible, antes del día 30 del mes anterior, y siempre con un mínimo de 5 días de antelación, en caso contrario se cobrarán los días hasta completar dicho periodo de preaviso.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado: