

COMUNE DI CASTRIGNANO DEI GRECI – UFFICIO SERVIZI SOCIALI
DA CONSEGNARE ENTRO E NON OLTRE **28/09/2018**

**RICHIESTA ADESIONE AL SERVIZIO MENSA
SCUOLA DELL'INFANZIA ~~E PRIMARIA~~ a.s.2018/2019**

Il sottoscritto/a (genitore tutore) _____ nato/a _____
il _____ residente in via _____
n. _____ comune _____
recapito telefonico _____

CHIEDE

l'iscrizione al servizio mensa scolastica del minore sotto indicato:

cognome _____ nome _____
data di nascita _____ luogo di nascita _____
residenza in via _____ n _____ iscritto e frequentante la scuola

-dieta speciale per motivi sanitari o etico religiosi (mediante compilazione di apposita richiesta e/o certificato medico).

Il sottoscritto dichiara ed è a conoscenza che il servizio mensa scolastica è un servizio a pagamento e che la tariffa in vigore è la seguente: costo buono pasto scuola dell'infanzia € 2,50.

Castrignano dei Greci, _____

Firma
