

**OGGETTO: RICHIESTA FRUIZIONE SERVIZIO MENSA A.S. 2024/2025.**

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_  
mail: \_\_\_\_\_  
nella qualità di genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la **Scuola Materna S. Maria Salome** Sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Alla S.V. di usufruire del servizio mensa nei giorni di orario prolungato.

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a :

- Non ha particolari esigenze alimentari;
- Ha particolari esigenze alimentari come da certificazione medica allegata.

Castelliri

Con osservanza

I versamenti possono essere effettuati:

- con Pos presso la sede comunale
- mediante bollettino di conto corrente postale n. 35737386
- mediante bonifico bancario al seguente IBAN IT15R0760114800000035737386