

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