

RINUNCIA AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA DI CHIUDUNO

ANNO SCOLASTICO 20 23 /2024

Il/la sottoscritto _____ C.F. _____

Nato/a _____ il _____

Via _____ N. _____ Cap _____

Tel. _____ Cell. _____ (obbligatorio)

E-mail: _____ @ _____

In qualità di genitore/affidatario dell'alunno/a _____

Nato/a _____ il _____

Frequentante la classe _____ sez _____ della scuola:

Primaria

Secondaria

DICHIARA

Di non avere Insoluti per il servizio di mensa già usufruito

E COMUNICA

Di rinunciare al servizio mensa per l'anno scolastico 20__/ 20__

Dal _____

Data _____

Firma _____