

ALL'UFFICIO SEGRETERIA
AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA
del Comune di
-SANGUINETTO-

Il/La sottoscritto/a _____, padre/madre del/la bambino/a
_____, frequentante la classe ____ sezione ____ della scuola
_____, dichiara che il giorno/i giorni
_____ il/la proprio/a figlio/a non usufruisce del pasto presso la
mensa scolastica.

Sanguinetto, li _____

FIRMA
