AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO 1
ORBASSANO

OGGETTO: RICHIESTA DI **NON USUFRUIRE** DEL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA – A.S. 20___-20___

_ L_ SOTTOSCRITT__ _____

MADRE/ PADRE DELL'ALUNN_ _____ FREQUENTANTE LA CLASSE _____

SEZ _____ PLESSO _____

CHIEDE

DI NON USUFRUIRE DEL SERVIZIO MENSA PER IL/LA PROPRI_ FIGLI__ DAL _____ AL _____

☐ PER TUTTO L'ANNO SCOLASTICO.

FIRMA
_____

Allega: certificazione medica

Altra motivazione
_____

_____

_____

1° TURNO: DALLE ORE 12.10 ALLE ORE 13.30
2° TURNO: DALLE ORE 13.10 ALLE ORE 14.30