SPETT.LE COMUNE DI CAPENA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI – P.I.
CAPENA

OGGETTO: anno scolastico……..– comunicazione servizio MENSA

Il/La Sottoscritto/a COGNOME……NOME…….….

In qualità di: [ ] padre [ ] madre

di …… frequentante nell'anno scolastico ……..la scuola

[ ] INFANZIA IOLANDA DI SAVOIA [ ] INFANZIA SANTA MARTA

[ ] PRIMARIA SALVO D'ACQUISTO [ ] TEMPO PIENO [ ] TEMPO MODULO

[ ] PRIMARIA SANTA MARTA

CLASSE……SEZIONE…….

tel…… …… cell……

COMUNICA

Che la propria figlia/o non usufruirà del servizio di mensa scolastica

dal ……..…..al…….

Cordiali Saluti

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data Firma del richiedente

_____ _____