

Oggetto: Richiesta menu alternativo per il Servizio Refezione Scolastica a.s. 2024/2025.

I sottoscritti

cognome _____ nome _____

cognome _____ nome _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di genitori (affidatari /tutore) dell'alunno/a _____

Residente nel Comune di _____ Provincia di _____ C.A.P. _____

in via / Piazza _____ n. civ. _____ pal. / scala _____ int. _____

tel. n. _____ e-mail _____

pec _____

Istituto Comprensivo _____

Infanzia

Primaria

Plesso Scolastico _____ Classe / Sez. _____

Via _____

CHIEDE

per il/la proprio/a figlio/a il pasto differenziato dal giorno _____ per i seguenti giorni settimanali:

Tutti i giorni

Lun

Mart

Merc

Giov

Ven

come da allegato certificato medico.

Tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono rese dai sottoscritti consapevoli che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, è punito ai sensi dell'art. 76 del D.P.R.n. 445/2000, secondo quanto previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, e che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi dell'art. 46 e 47, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

I sottoscritti dichiarano di presentare la suddetta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DI ENTRAMBI I GENITORI

data

Firma di entrambi i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale
