AL COMUNE DI PORTOCANNONE

Servizio Mensa – MICRONIDO

mail: comune.portocannone@gmail.com

Il sottoscritto: _____

Nato a: _____ il _____

Residente in: _____

- Genitore dell'alunno _____
  che frequenterà la classe: _____
- Genitore dell'alunno _____
  che frequenterà la classe: _____
- Genitore dell'alunno _____
  che frequenterà la classe: _____

Chiede di poter usufruire del servizio di MENSA SCOLASTICA – MICRONIDO - per l'anno scolastico 2026/2027.

DICHIARA di essere genitore di nr. _____ figli che usufruiscono dello stesso servizio;

ULTERIORI DICHIARAZIONI:

- ☐ DI NON NECESSITARE DI DIETA SPECIALE
- ☐ DI NECESSITARE DI DIETA SPECIALE (allergie/intolleranze), da integrare la presente con certificazione medica attestante

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini dell'organizzazione del servizio in oggetto.

Portocannone, _____

In Fede

_____