



CITTA' DI CASTEL SAN GIOVANNI

Al Responsabile del Settore
Pubblica Istruzione
Comune di Castel S. Giovanni

RINUNCIA AL SERVIZIO MENSA SCOLASTICA A.S. ____/____/____

Io sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Genitore di:

Cognome: _____ Nome: _____

- **Avendo presentato domanda relativa all'iscrizione per tutto l'anno scolastico**

DICHIARO DI

ritirare il proprio figlio/a frequentante:

- Scuola materna
- Scuola elementare

per il seguente motivo:

- PER ALTRI MOTIVI**
- CAMBIO DI RESIDENZA (indicare nuovo indirizzo)**

Via _____ Città _____

Cap _____ Prov. _____

A cura dell'Ufficio:

Visto la domanda presentata in data ____/____/____, dato atto che:

- che il ritiro comporterà il pagamento dei pasti usufruiti fino alla data del ritiro
- che non è rimborsata la quota d'iscrizione annuale

La frequenza al servizio mensa verrà sospeso dal _____

Firma dell'addetto Ufficio Pubblica Istruzione

Per accettazione data ____/____/____

Il genitore
