

Al Responsabile dei Servizi Scolastici

Comune di Patù

Oggetto: **SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2025/2026**

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente in _____

alla via _____ n. _____

Tel. n. _____

Mail _____

CHIEDE

Alla S.V. in qualità di genitore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ della

☐ Scuola Infanzia

☐ Scuola Primaria

di poter usufruire del Servizio Refezione Scolastica a partire dal mese di _____.

Per recapito:

tel/cell. _____ (obbligatorio)

mail: _____ (obbligatoria)

Patù li, _____

Con osservanza

N.B. In caso di intolleranze, allergie, o altra patologia è obbligatorio compilare l'allegato modulo "RICHIESTA DIETE SPECIALI"