

**OGGETTO: SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA.
RICHIESTA CANCELLAZIONE.**

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____, residente in _____, via _____,

n. _____ Codice Fiscale _____

in qualità di _____

dell'alunno (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____, frequentante la

Scuola **Primaria** – Via Don Pietro Zangrando, 18 Classe _____ Sezione _____

Scuola **Secondaria** di Primo Grado – Via Albona, 45 Classe _____ Sezione _____

Scuola **Infanzia** di Sospirolo Classe _____ Sezione _____

iscritto al servizio di mensa scolastica

CHIEDE

la sua **CANCELLAZIONE dal servizio di mensa scolastica** con ultimo giorno di utilizzo il (*almeno tre giorni lavorativi dopo la comunicazione della presente richiesta*) _____.

Sospirolo, _____

IL/LA RICHIEDENTE

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.