

**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.**