

**(Istruzioni per la riconsegna del modulo:**

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio Servizi Sociali e Scolastici del comune Villanova di Camposampiero, Via Caltana n. 156.)

*Al Responsabile dei Servizi Scolastici  
del Comune di Villanova di Camposampiero  
Via Caltana n. 156  
35010 Villanova di Camposampiero (PD)*

**Oggetto: Comunicazione dell'intenzione di usufruire del servizio di mensa scolastica per l'anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

**Con la presente il sottoscritto:**

cognome e nome .....

nato il ..... a .....

residente a.....in via ..... n. ....

tel o cell. ....

**nella sua qualità di genitore dell'alunno:**

cognome e nome .....

iscritto, per l'anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ alla classe ..... sezione .....

della scuola media statale B. Scardeone di Villanova di Camposampiero;

**COMUNICA**

l'intenzione di usufruire del servizio mensa per i/la figlio/a sopra indicato.

Villanova di Camposampiero, li .....

Firma leggibile .....