



**SPETT.LE
COMUNE DI LESSONA**

ISCRIZIONE AL SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA 2024/2025

Il/la sottoscritto/a _____

residente in _____ in Via _____

☎ abitazione ☎ cellulare

indirizzo di posta elettronica @	
----------------------------------	--

genitore del minore _____

nato a _____ il _____, iscritto per l'anno scolastico **2024/2025 alla Scuola**

Materna di _____ - **Sez.** _____

Elementare di _____

classe : **1^a** - **2^a** - **3^a** - **4^a** - **5^a** (barrare le caselle) - **Sez.** _____

Media di _____

classe : **1^a** - **2^a** - **3^a** (barrare le caselle) - **Sez.** _____

C H I E D E

che il/la proprio/a figlio/a acceda al servizio di mensa scolastica durante l'anno 2024/2025 e dichiara:

di aver preso visione delle tariffe vigenti

LA PRESENTE RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA ANNO 2024/2025 VA PRESENTATA ENTRO IL 11/09/2024

(via mail demog.lessona@ptb.provincia.biella.it)

Si accettano e si sottoscrivono le condizioni di cui sopra.

Lessona, li _____

firma _____