

**DOMANDA DI RINUNCIA AL SERVIZIO DI REFEZIONE
ANNO SCOLASTICO 2016-2017**

Il/la sottoscritto/a _____ residente in _____

Via _____ n° _____ Telefono cellulare: _____

**Dichiara sotto la propria responsabilità di RITIRARE dal servizio di refezione
scolastica il proprio figlio/a per l'anno scolastico 2016-2017**

_____ scuola _____ classe _____
(Cognome e nome dell'alunno)

Data _____

IL DICHIARANTE



CITTÀ DI PIOSSASCO
(Prov. di Torino)

ufficio mensa: 0119027210/205
orari:
lunedì e giovedì : 8,45-12.45
venerdì: 8,45 -12,45 (su appuntamento)
mercoledì: 14,00 -17,15
martedì: chiuso

**RICEVUTA DI RINUNCIA AL SERVIZIO DI REFEZIONE
ANNO SCOLASTICO 2016-2017**

Per l'alunno/a _____

DATA.....

Firma _____

Si precisa che per essere reinseriti nel servizio sarà necessario compilare l'apposito modulo di iscrizione presso l'ufficio mensa del Comune.

*Eventuali informazioni sul servizio:
Ufficio mensa della Città di Piovascasso
Sig.ra Cirigliano Lucia - tel .011/ 9027210-205
e mail: ufficiomensa@comune.piovascasso.to.it*