



COMUNE DI MONTECASTRILLI
Provincia di Terni
UFFICIO SCUOLA

Al Comune di MONTECASTRILLI
Servizi Scolastici

**COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE/SOSPENSIONE SERVIZIO DI REFEZIONE
Anno Scolastico 20... /20...**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome)

Nato/a a il

Residente a Prov.

Via N° CAP.....

quale genitore dell'alunno (Cognome e nome)

Scuola frequentata

COMUNICA

Che per motivazioni strettamente personali, con decorrenza
il servizio di REFEZIONE SCOLASTICA per l'utente suddetto:

cesserà o verrà sospeso fino al

.....

Montecastrilli _____

Firma del genitore/tutore

*(Se la firma non è apposta presso L'Ufficio Scolastico
allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)*