

Spett.le Ufficio Scolastico
Piazza Mazzini, 17
51017 Pescia

Il/La Sottoscritto/a _____

Genitore di _____

Iscritto/a alla scuola _____ classe _____ a.s. _____

- Modulo con n. rientri _____
- Tempo Pieno

Dichiara di rinunciare al servizio di MENSA SCOLASTICA

Data _____

Firma _____