

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELLA DIR. DID. STATALE 3° CIRCOLO
"M. TERESA DI CALCUTTA"
CASALNUOVO DI NAPOLI

OGGETTO: RICHIESTA ASSAGGIO PASTO MENSA SCOLASTICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

FREQUENTANTE LA CL. _____ SEZ. _____ A.S. _____ PLESSO _____

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE PER POTER ACCEDERE A SCUOLA ED ASSAGGIARE IL PASTO DELLA MENSA
SCOLASTICA IN DATA ____/____/____.

TEL./CELL. _____

CASALNUOVO DI NAPOLI, _____

FIRMA
