

***I sottoscritti:***

**Padre**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Madre**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Residenti a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_

in qualità di

GENITORI

TUTORI

dello studente **COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **NATO IL** \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola primaria \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
iscritto alla scuola estiva dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO**

**MENSA**

Come previsto dal Protocollo A.T.S.:

CHIEDE INOLTRE LA SOMMINISTRAZIONE DI UNA DIETA SPECIALE PER MOTIVI:

- SANITARI - allegare **certificazione medica** attestante lo stato patologico
- RELIGIOSI - allegato elenco degli alimenti da escludere

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**NB: il pagamento settimanale del servizio mensa deve essere saldato in anticipo; il costo del buono pasto giornaliero è di €. 4,30. Le modalità di pagamento sono:**

**BONIFICO BANCARIO: IBAN: IT48Y 03069 329600 09134 191660, e copia del bonifico deve essere esibito al Servizio Istruzione del Comune di Cogliate (Via Rimembranze, 15).**

**- in contanti, con bancomat o carta di credito presso il Servizio Istruzione del Comune di Cogliate in via rimembranze, 15.**