

**AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI  
CASTELLANA SICULA**

**OGGETTO : RICHIESTA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA  
PER L'ANNO SCOLASTICO 2017/2018.**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Castellana Sicula,  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la Classe/Sezione \_\_\_\_\_  
della Scuola sotto indicata:

- INFANZIA** ( costo unitario buono pasto €1,02 – Blocchetto da 20 = €20,40 )
- PRIMARIA** ( costo unitario buono pasto €1,78 – Blocchetto da 20 = €35,60 )
- SECONDARIA DI 1° GRADO** ( costo unitario buono pasto €1,78 – Blocchetto da 20 = €35,60 )

(\*) *Barrare la casella che interessa*

**C H I E D E**

Che il/la propri\_\_ figli\_\_ venga ammess\_\_ a fruire del servizio di mensa scolastica che verrà somministrata presso i locali della suddetta Scuola.

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ si impegna a versare al Comune di Castellana Sicula – Servizio di Tesoreria comunale – la quota di compartecipazione al servizio a domanda individuale, come sopra determinata, corrispondente al 50% del costo del servizio.

Si impegna, inoltre, a comunicare, con tempestività, all'Ufficio Servizi Scolastici del Comune e/o alla Dirigenza Scolastica e/o alla Ditta affidataria del servizio, eventuali forme di intolleranze o allergie alimentari del proprio figlio, esibendo idonea documentazione medica.

Castellana Sicula, lì \_\_\_\_\_

**IL/LA RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_