

I sottoscritti

_____ padre
_____ madre
_____ tutore

dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
Scuola _____ classe/sez. _____
Tempo ordinario//Tempo Pieno/Tempo prolungato _____
Recapiti Tel. _____

C H I E D O N O

- RILASCIO NULLA-OSTA
- CERTIFICATO DI FREQUENZA
- ANNULLAMENTO ISCRIZIONE SCUOLA
- ALTRO (specificare)
- LA SOMMINISTRAZIONE DI PASTO ALTERNATIVO**

Il sottoscritto dichiara:

- di sollevare l'Amministrazione Scolastica da qualsiasi responsabilità per il consumo del pasto alternativo
- di allegare certificato medico di allergia o intolleranza alimentare

Per i seguenti motivi:

Documentazione allegata _____

Pontecagnano Faiano _____

Firma dei genitori

VISTO, SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Sergio Di Martino

VISTO, NON SI AUTORIZZA

MOTIVAZIONI _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Sergio Di Martino

N.B. le richieste devono essere consegnate presso gli uffici di segreteria al protocollo.