

Oggetto: **Revoca dieta.**

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/esercitante

potestà genitoriale del **bambino/a** _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ a Piove di Sacco / _____

tel. _____ e:mail _____

iscritto/a:

alla **scuola d'infanzia** Umberto I Borgo Rossi Sant'Anna Piovega Tognana

alla **scuola primaria** Umberto I – in classe ____[^] Boschetti Alberti – in classe ____[^]

nell'annata scolastica _____ / _____

presente in mensa il: lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì **tutti i giorni**

REVOCA

la dieta del figlio/a attivata nel corso dell'anno e **autorizza una dieta libera.**

Piove di Sacco, _____

(firma) _____

Allegati

fotocopia documento d'identità;

certificato medico certificato medico agli atti *(nel caso il certificato sia già stato trasmesso all'ufficio)*