

Al Sig. Sindaco del Comune di Dorgali

Oggetto: mensa scolastica – **richiesta riduzione tariffe mensa per alunni con dieta speciale.**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____ e
residente a Dorgali in via _____ n. _____,
codice fiscale _____, tel _____ genitore
dell'alunno:

n	Cognome e Nome alunno	scuola	classe

Viste le delibere della Giunta Comunale n. 207 del 06/10/2016, e 240 del 28/08/2015 relative alle direttive per riduzione quote a carico degli utenti del servizio mensa scolastica a favore di alunni affetti da intolleranze alimentari, con la presente

CHIEDE

la riduzione del contributo utenti del servizio mensa A.S. 2016/17 per il proprio figlio, per intolleranze e /o allergie di cui al certificato medico allegato alla presente.

Dichiara inoltre, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Certo/a di un favorevole accoglimento, e in attesa di riscontro, porgo distinti saluti.

Dorgali, _____

FIRMA
