



COMUNE DI TERRAZZO

PROVINCIA DI VERONA

Piazzale degli Alpini 1
Tel. 0442-94013 Fax 0442-95640

RICHIESTA SERVIZIO MENSA

Cognome e nome del genitore _____

Cognome e nome dell'alunno _____

Classe iscrizione anno scolastico 2024/2025

Numero di telefono _____

Indirizzo domicilio _____

indirizzo e-mail: _____

Si richiede il servizio per il proprio figlio.

Fa presente che il proprio figlio per ragioni religiose, culturali e mediche non potrà assumere i seguenti **ALIMENTI**: _____

Si impegna, inoltre, ad osservare le norme contenute nel regolamento comunale per la refezione scolastica approvato con delibera consiliare n. 31 del 26.9.2005.

Terrazzo, li _____

FIRMA

I dati in relazione alla L. 675 sulla tutela e diritto sulla privacy, saranno utilizzati solo ed esclusivamente per la programmazione del servizio mensa.

IL MODULO DOVRA' ESSERE COMPILATO E CONSEGNATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE/SCUOLA, oppure trasmesso all'indirizzo mail: ufficio.scuola@comune.terrazzo.vr.it - PRIMA DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO