



ISTITUTO COMPRESIVO "BARTOLOMEO SESTINI"

VIA DELLA LIBERTA', 15 – 51031 AGLIANA (PT)

TEL.FAX 0574718096 – C.F. 80007650478

EMAIL: ICSSESTINI@TIN.IT

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo B. Sestini
di Agliana**

Oggetto: **Richiesta esonero mensa scolastica**

Il / La sottoscritt_ _____ genitore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe / Sez. ___ presso la
Scuola Primaria / Materna / Sec. I Grado _____ nell'A.S. ___ / ___

CHIEDE

che il proprio figlio venga esonerato dal servizio mensa scolastica, per il periodo :

dal _____ al _____

per tutto l'a.s. in corso.

SI ALLEGA CERTIFICATO MEDICO.

Distinti saluti.

In Fede

VISTO: si concede quanto sopra richiesto

**La Dirigente Scolastica
(Dott.ssa Angela Desideri)**

/ad