

---

## Rinuncia alla dieta speciale

---

Al Comune di Ossoa  
- Ufficio Scuola -

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore<sup>1</sup> dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

che frequenta la scuola \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup>

- Esercente la potestà genitoriale

### DICHIARA

Di rinunciare alla dieta speciale a partire dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### Da consegnare a:

Ufficio Scuola – Piazza Litta Modignani, 9  
Dal Lunedì al Venerdì dalle 9.30 alle 12.30

---