

OGGETTO: A.S. ____ / ____ . Richiesta di pasto alternativo per motivi di salute (documentati da certificato medico) o per motivi etico-religiosi.

Il/La sottoscritto/a _____
_____ padre _____ madre dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola ____ Infanzia ____ Primaria ____ Secondaria
di: ____ Scalea ____ Santa Domenica Talao

CHIEDE

_____ per motivi di salute (documentati da certificato medico allegato)

_____ per motivi etico-religiosi

(barrare la voce o le voci che interessano)

che al proprio figlio, durante la mensa scolastica, venga somministrato il pasto alternativo

Scalea, lì _____

Firma _____

cell. _____

COMPILARE IN STAMPATELLO CHIARO E LEGGIBILE

DA CONSEGNARE AL COMUNE CON CERTIFICATO MEDICO ALLEGATO

“ Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori “