



COMUNE DI MONTECASTRILLI  
Provincia di Terni  
UFFICIO SCUOLA

Al Comune di MONTECASTRILLI  
Servizi Scolastici

**COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE/SOSPENSIONE SERVIZIO DI REFEZIONE  
Anno Scolastico 20... /20...**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Prov. ....

Via ..... N° ..... CAP.....

quale genitore dell'alunno (Cognome e nome) .....

Scuola frequentata .....

**COMUNICA**

Che per motivazioni strettamente personali, con decorrenza .....  
il servizio di REFEZIONE SCOLASTICA per l'utente suddetto:

cesserà o  verrà sospeso fino al

.....

Montecastrilli \_\_\_\_\_

**Firma del genitore/tutore**

\_\_\_\_\_

*(Se la firma non è apposta presso L'Ufficio Scolastico  
allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)*