Al Responsabile dell’Area

Amministrazione Affari Generali

Dott.ssa Umberta Pepe

Oggetto: *Richiesta di sospensione dal Servizio Mensa Scolastica*

Il/La Sottoscritt* ____ residente

a ___________________________ in via/piazza ___________________________________

n° ______ genitore dell’Alunn* ____

nato il ___ / ___ / ______ Codice Mensa _______ – con la presente intende chiedere, a

decorrere dal giorno ___ / ___ / ______, **la sospensione**

☐ ***DEFINITIVA*** – per tutto l’Anno Scolastico ______ / ______ ;

☐ ***TEMPORANEA*** – fino al giorno ___ / ___ / ________ .

del Servizio di Mensa Scolastica.

Chiedo altresì, nel caso di richiesta di sospensione definitiva e di sussistenza di credito residuo, che lo stesso venga:

☐ ***ACCREDITATO*** – sul seguente codice IBAN *(per somme superiori ad € 20,00)*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐;

☐ ***TRASFERITO*** – sul seguente codice mensa _______ .

☐ ***QUIETANZATO*** – direttamente presso la Tesoreria Comunale .

In Fede

Data _______________

____