

---

## Rinuncia alla dieta speciale

---

### Al Sindaco del Comune di Prato

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
genitore<sup>1</sup> del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
che frequenta la scuola \_\_\_\_\_  
per l'anno scolastico \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<sup>1</sup> O affidatario che esercita la patria potestà

### DICHIARA

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

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### Da consegnare a:

**Servizio Pubblica Istruzione U.O. Refezione scolastica** -Via Santa Caterina, 17 tel. 0574 1835171 - fax 0574 1837345  
orario di apertura al pubblico: Lunedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 Mercoledì 9.00-13.00

---