

Paliano li,

AL COMUNE di PALIANO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Servizio Mensa scolastica
PALIANO

Il/La sottoscritta _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____
Genitore del minore _____ frequentante la Classe _____ sez.
_____ della scuola _____ rimette in allegato il certificato medico attestante
allergia alimentare _____

FIRMA
