



ISTITUTO COMPRENSIVO SATTA SPANO DE AMICIS
VIA G. M. ANGIOY, 8 09124 CAGLIARI
TEL. 070-663225 –

Allegato 1

**Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo
Satta Spano De Amicis**

OGGETTO: richiesta servizio aggiuntivo mensa. Anno scolastico 2019/2020 Scuole Primarie Satta – De Amicis- Scuole Secondarie 1^ Spano e Manno

I Sottoscritti _____

**Genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____
con orario a T.L T.N plesso Satta De Amicis Spano Manno**

chiedono che il proprio figlio/a

possa usufruire del servizio mensa aggiuntivo organizzato dall'istituzione nei giorni:

da lunedì al venerdì (5 gg giorni settimanali)

da lunedì al venerdì (4 gg aggiuntivi settimanali)

giovedì e venerdì (2 gg aggiuntivi settimanali)

N.B. Barrare la voce che interessa con una x

I sottoscritti si impegnano a pagare la quota mensa prevista dalle tabelle.

Le famiglie interessate provvederanno all'integrazione delle giornate di fruizione aggiuntiva del servizio tramite

iscrizione al portale famiglie del Comune di Cagliari - Servizio Mensa.

Cagliari _____

Firma dei genitori