



Al Comune di
Terracina

Ufficio destinatario
Settore politiche sociali e scolastiche

Domanda di attivazione o sospensione di dieta speciale

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Residenza						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

del seguente bambino

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	

iscritto alla scuola

Plesso					
<input type="checkbox"/>	Aldo Moro - Via Don Orione				
<input type="checkbox"/>	Delibera - Via della Delibera				
<input type="checkbox"/>	Monti - Mameli Via dei Volsci				
<input type="checkbox"/>	G.Paolo II - Via De Angelis				
<input type="checkbox"/>	G.Manzi				
<input type="checkbox"/>	A.Fiorini				
<input type="checkbox"/>	La Fiora				
Grado (infanzia, primaria, media)		Scuola	Classe	Sezione	

