



COMUNE DI REALMONTE

PROVINCIA DI AGRIGENTO

SETTORE 5°
PUBBLICA ISTRUZIONE

AVVISO

SI INFORMANO I GENITORI DEGLI ALUNNI DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA CHE IL SERVIZIO MENSA AVRA' INIZIO IN DATA

12/10/2026

I BLOCCHETTI PER USUFRUIRE DI DETTO SERVIZIO SI POSSONO RITIRARE PRESSO L'UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE DI QUESTO COMUNE, PREVIO PAGAMENTO DELLA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE.

SI PRECISA CHE, DEL CORRISPETTIVO COMPLESSIVO (€4,68 compreso di IVA) DOVUTO PER IL SERVIZIO, L'IMPORTO PARI AD €. 2,00 (A PASTO) SARA' VERSATO DIRETTAMENTE E ANTICIPATAMENTE DALLE FAMIGLIE ALLA DITTA APPALTATRICE, TRAMITE PAGAMENTO CONTANTI PRESSO L'UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE DEL COMUNE, A PARTIRE DAL 24/09/2026.

il pagamento potrà essere effettuato:

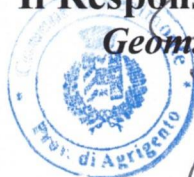
10 PASTI: €. 20,00

20 PASTI: €. 40,00

N.B.: I BLOCCHETTI RIMASTI DELL'ANNO PRECEDENTE SARANNO VALIDI.

Il Responsabile del 5° Settore

Geom. Vincenzo Cottone



**DA PRESENTARE ENTRO E NON OLTRE IL 06/10/2026, ALL'UFFICIO
PROTOCOLLO DEL COMUNE DI REALMONTE**

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
REALMONTE**

**OGGETTO: RICHIESTA FRUIZIONE SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA, SCUOLA
DELL'INFANZIA.**

Il Sottoscritto _____ nato a _____

_____ il _____ e residente in Via

_____ genitore dell'alunno/a _____

_____ nato/a a _____ il _____

Tel. _____ frequentante la classe _____ Sez. _____ della Scuola dell'Infanzia
Statale di codesto Comune

CHIEDE

Alla S. V. che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire del servizio di “ REFEZIONE” per
l'anno scolastico 2026/2027.

Si impegna, pertanto, a pagare la quota di compartecipazione a carico del richiedente pari ad
€. 2,00 del costo del pasto giornaliero.

☐ **Dichiara che il/la proprio/a figlio/a non ha intolleranze alimentari.**

☐ **Dichiara che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti intolleranze alimentari:** _____

SI ALLEGA:

Copia del Documento d'Identità

Cordialità

IL RICHIDENTE
