



www.acqualodigiana.it  
SERVIZIO CLIENTI 800 760 388  
PRONTO INTERVENTO 800 017 144



# Progetto LODIGIANO ACQUA BUONA

## MODULO ADESIONE

Comune di \_\_\_\_\_

Referente comunale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Società incaricata per servizio mensa \_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### Dati relativi al servizio mensa nel vostro Comune

nell'anno scolastico in corso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	<u>Infanzia</u>	<u>Primaria</u>	<u>Secondaria</u>
<b>N. POSTI MENSA</b> (indispensabile per calcolare il n. di caraffe necessarie)	_____	_____	_____
<b>N° ALUNNI ISCRITTI AL SERVIZIO MENSA</b>	_____	_____	_____
<b>N° CLASSI ISCRITTE AL SERVIZIO MENSA</b>	_____	_____	_____
<b>MEDIA GIORNALIERA DI PERSONE ISCRITTE ALLA MENSA</b>	_____	_____	_____
<b>N° MENSE SCOLASTICHE NEL COMUNE</b>	_____	_____	_____

Note / richieste / esigenze particolari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Restituire compilato all'indirizzo: [comunicazione@sal.lo.it](mailto:comunicazione@sal.lo.it)