



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



Progetto LODIGIANO ACQUA BUONA

MODULO ADESIONE

Comune di _____

Nome del referente: _____

N. di telefono: _____ Mail: _____

Dati relativi al servizio mensa nel vostro Comune

nell'anno scolastico in corso _____ / _____

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

Note / richieste / esigenze particolari:

Data e luogo: _____

Firma: _____

Restituire compilato all'indirizzo: comunicazione@sal.lo.it