



COMUNE DI MONTEGROTTO TERME

(PROVINCIA DI PADOVA)

35036 - Piazza Roma, 1 – Tel. 0498928711– Fax 0498928718

RICHIESTA DI RIMBORSO CREDITO PER SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Nazione _____ il ___/___/___

Cod.fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel.fisso _____ Tel.cell. _____

madre padre tutore dell'alunno/a _____

Iscritto/a per a.s. 20__/20__ presso la Scuola _____

classe __ sez. __

CHIEDE

Il rimborso del credito residuo pari ad € _____ relativo al servizio di refezione scolastica dell'anno scolastico 20__/20__ usufruito dal/dalla proprio/a figlio/a in quanto _____

mediante:

- mandato di pagamento
 accredito conto corrente _____

IBAN: _____

li _____

FIRMA

Si allega copia fotostatica del documento di identità