

Oggetto: RICHIESTA DI RIMBORSO PAGAMENTI SERVIZI SCOLASTICI.

DATI DEL RICHIEDENTE: Il sottoscritto _____

Codice fiscale _____ nato a _____

il _____, residente nel Comune di _____

Via _____ N. _____ CAP. _____

Tel. n. _____ cell. n. _____

in qualità di _____ (genitore/avente la patria potestà) dell'alunno/a

DATI DELL'ALUNNO: Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e frequentante nell'anno sc.

_____ la scuola di: _____

con la presente fa richiesta di **RIMBORSO**

della maggiore somma di Euro _____ versata per il servizio di:

- Mensa scolastica**
 Trasporto scolastico
 Altro (specificare il servizio) _____

Per la seguente motivazione: _____

A tal fine allega la seguente documentazione giustificativa (ricevuta di pagamento, versamento, ecc):

Si chiede di accreditare l'importo sul conto corrente codice IBAN:

Data _____

(firma)