CITTÀ DI MONTEGROTTO TERME

STAZIONE DI CURA, SOGGIORNO E TURISMO
35036 - PROVINCIA DI PADOVA

RICHIESTA DI RIMBORSO CREDITO PER SERVIZIO DI RISTORAZIONE 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. 2018/2019 presso la Scuola _____

classe__sez.__

CHIEDE

Il rimborso del credito residuo pari ad € _____ relativo al servizio di ristorazione scolastica dell'a.s. 20__/20__usufruito dal/dalla proprio/a figlio/a in quanto_____

mediante:

□ mandato di pagamento

□ accredito conto corrente_____

IBAN:_____

lì_____

FIRMA

_____

Si allega copia fotostatica del documento di identità