



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. 20__/20__ presso la Scuola _____

classe__sez.__

CHIEDE

Il rimborso del credito residuo pari ad € _____ relativo al servizio di
ristorazione scolastica dell'anno scolastico 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