**AL COMUNE DI CUTROFIANO**

**SEDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO: Mensa scolastica – Richiesta rimborso buoni pasto** |  |

Il Sottoscritto……………………………………….……………………………nato il ……….………………. a ……………………………………….

residente a……………………………………………………….(cap..……..… ) in via ……..………………………..………………………………..

Telefono ….……………………….………………….…cell………………………………...……………………………………….………………………..

Codice fiscale (genitore)……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Genitore di ..…………………………………………………………………….………………………(COGNOME e NOME DEL BAMBINO) Frequentante la Scuola…………………………………………………………..…………………………..… ………………………………………… Genitore di (2° FIGLIO)……………………………………………………….………………………(COGNOME e NOME DEL BAMBINO) Frequentante la Scuola…………………………………………………………..…………………………..… …………………………………………

**CHIEDE**

Il rimborso di N° \_\_\_\_\_\_\_\_ buoni pasto relativi all’anno scolastico …................... per l’importo di € …………………………………….. acquistati ma non utilizzati.

Ai fini del rimborso si indica il seguente CODICE IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogo e data Firma

…………………………………………… ……………………………………………………………

Si Allega:

-fotocopia del documento di riconoscimento