

Oggetto: richiesta rimborso importo blocchetto mensa scolastica.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)*

nato/a a* prov.* il*

e residente in (Via/P.zza/Fraz.)* n.*

C.A.P.* Comune* prov.*

cellulare*

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

, telefono

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

Codice Fiscale*

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

, indirizzo e -mail:

@

in qualità di persona esercente la responsabilità genitoriale verso

il/la minore (cognome nome)* nato/a il* ;

Chiede

il rimborso di €* , pari all'attuale credito risultante dal programma di gestione dei buoni mensa del Comune di Mazara del Vallo. Tale rimborso viene richiesto a seguito di:

termine ciclo studio;

Chiede
inoltre, l'accredito del suddetto importo sul seguente c/c bancario-postale
IBAN*:

Paese	Cin	Cin	Codice ABI	Codice CAB	Numero di Conto Corrente (riportare compreso degli zeri iniziali)																							

Si allega: Copia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.

Mazara del Vallo, li _____

Firma _____