# CITTA' DI SCAFATI

(Provincia di Salerno)

*Croce al Valore Militare e Medaglia d'Oro alla Resistenza*

## Settore II – Servizi al Cittadino

**Ufficio Scuola**

Tel.:081-8571564

**Al Responsabile del Settore II**
Servizi al Cittadino
Ufficio Scuola
**Comune di Scafati**

**OGGETTO: Richiesta Rimborso Bollini Buoni pasto mensa scol.acquistati e non utilizzati .**

Il Sottoscritto _____nato a _____

il _____cod.fiscale.....

residente a _____ alla via/piazza _____ _____n._____

Recapito telefonico.....Cellulare ....., in qualità di genitore/tutore del/i seguente/i figli__ :

**Cognome**
_____**Nome**_____scuola,classe/sez.freq.a.s.201.../20....._____

**Cognome**
_____**Nome**_____scuola,classe/sez.freq.a.s.201.../20....._____

**Cognome**
_____**Nome**_____scuola,classe/sez.freq.a.s.201.../20....._____

**C H I E D E**

**il Rimborso di n.____ bollini buoni pasto- Codice n.....(** da € ..... cadauno),

**allegati alla presente istanza,** acquistati e non utilizzati pari all'importo totale di € .....;

**ALLEGA:**

- n..... bollini di € .....cadauno pari all'importo totale di €.....;
- fotocopia del documento d'identità.

**Il sottoscritto chiede che il pagamento avvenga con accredito sul proprio conto corrente intestato o cointestato al sottoscritto sul seguente codice IBAN** :

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

Ist.Credito Bancario//Postale.....ABI .....CAB.....

CONTO CORRENTE N.....

f

firma del richiedente

Scafati lì _____ _____

**Riservato all'ufficio Scuola :**

*Il richiedente ha diritto al rimborso :*

*di n. ..... bollini allegati da € ciascuno per un importo totale di € .....*