



COMUNITÀ  
VALSUGANA e TESINO

## MODULO RICHIESTA RIMBORSO SOMME RESIDUE SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(C.F. \_\_\_\_\_) residente in  
\_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/studente \_\_\_\_\_ (nato il \_\_\_\_\_)  
che nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ frequentava la classe \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

visto:

il conseguimento del diploma/attestato da parte del figlio;

altro (specificare) \_\_\_\_\_;

**chiede**

il rimborso del credito residuo pari ad € \_\_\_\_\_

con accredito sul conto corrente intestato a \_\_\_\_\_

presso la Banca \_\_\_\_\_

sede/ filiale di \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

data

Firma leggibile

Allegato: copia documento di riconoscimento del richiedente

Si raccomanda di compilare in stampato maiuscolo leggibile