Al responsabile Settore Pubblica Istruzione

Comune di Capoterra

OGGETTO Richiesta Rimborso/trasferimento importo residuo pasti non utilizzati servizio di ristorazione scolastica.

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Residente nel Comune di

_____ Prov. _____ in Via/P.zza/Loc. _____ str.

_____ n.c._____ piano ____ /int. _____ c.a.p. _____ tel./cell. (obbligatorio) _____,

e-mail _____.

Nella sua qualità di ☐ genitore ☐ tutore

Dell'alunno/a_____nato/a_____il _____

Iscritto/a per l'a.s. 2016-2017 alla scuola DELL'INFANZIA

del ☐ 1° Circolo Didattico Via Battisti plesso di _____ Classe _____ sez. _____

del ☐ 2° Circolo Didattico Via Caprera plesso di _____ Classe _____ sez. _____

Iscritto/a per l'a.s. 2016-2017 alla scuola PRIMARIA

del ☐ 1° Circolo Didattico Via Battisti plesso di _____ Classe _____ sez. _____

del ☐ 2° Circolo Didattico Via Caprera plesso di _____ Classe _____ sez. _____

C H I E D E

Che l'importo totale residuo di €. _____ maturato per n. _____ pasti non consumati e non utilizzato nell'a.s. 2016-2017 per il servizio di ristorazione scolastica relativo all'alunno/a

_____

☐ Venga trasferito e considerato come credito a favore dell'alunno/a _____ iscritto/a presso la scuola (indicare infanzia o primaria) _____ classe _____ sez. _____ plesso di _____ per l'utilizzo nell'a.s. 2017-2018.

☐ Venga rimborsato in quanto non utilizzerà più il servizio di ristorazione scolastica.

Chiede, pertanto, che tale importo venga (barrare una delle due alternative):

☐ pagato allo sportello presso qualsiasi filiale del Banco di Sardegna.

☐ Accreditato sul c.c. bancario n. _____ presso la Banca _____ Agenzia di _____

COORDINATE IBAN:

FIRMA

_____

Allega fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.