| *(Spazio riservato all'ufficio protocollo)* | *(Spazio riservato all'ufficio)* |
|---|---|
| | |

# RICHIESTA DI RIMBORSO CREDITO
# SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il _____ residente in _____

via/fraz. _____ n. _____ telefono _____/_____

## CHIEDE

il rimborso del credito residuo del servizio di refezione scolastica per l'anno scolastico _____ relativo al/la proprio/a figlio/a _____, C.F. _____, per l'importo di € _____, con le seguenti modalità:

☐ accredito sul Conto corrente bancario/postale presso il seguente istituto di credito _____ _____ sede di _____

CODICE IBAN *(27 caratteri complessivi: IT, 2 numeri, CIN, ABI, CAB, 12 n. di c/c)*:

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

☐ riscossione in contanti (mandato nominativo di pagamento), in quanto non in possesso di alcun conto corrente bancario o postale;

☐ trasferimento in conto all'alunno/a_____ C.F _____

in quanto componente dello stesso nucleo familiare.

lì _____ Firma _____