



Direzione Istruzione

RICHIESTA DI RIMBORSO PER SERVIZIO CENTRI ESTIVI

Il sottoscritto

Nome Cognome

nato a il Cod.Fiscale

residente nel Comune / indirizzo

Cell. Tel. Mail

genitore di

Nome Cognome

CHIEDE IL RIMBORSO

di €

per il saldo del turno dal al

per malattia del figlio/a dal al come da certificato medico allegato

per altra motivazione

si allega la seguente documentazione

MODALITA' DI RISCOSSIONE PRESCELTA

Accredito su C/C Bancario o Postale

IBAN

Banca agenzia

Indirizzo CAP

Accredito su C/C Bancario o Postale intestato a soggetto diverso dal genitore richiedente

Nome Cognome

Cod.Fiscale residente a

IBAN

Pagamento diretto al Sig.

residente a Cod.Fiscale

Riscossione presso TESORERIA COMUNALE – via Bufalini 4, Firenze o presso qualsiasi agenzia di BANCA CR FIRENZE con N° del mandato di pagamento

data

firma _____