Comune di **Ravenna**

RICHIESTA DI RIMBORSO COSTO PASTO

Il/La sottoscritto/a genitore (o esercente la potestà genitoriale)

_____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a _____ Loc. _____

via_____n _____

Tel _____ e-mail _____

dell'alunno/a_____

che frequenta la scuola _____ classe _____ sez _____

chiede il RIMBORSO del costo di n. _____ pasti relativi al giorno/i _____

bollettino del mese di _____ per la seguente motivazione:

_____

_____

_____

_____ a tal fine dichiaro che il bollettino è stato pagato:

☐ SI ☐ NO

FIRMA _____

N.B. La richiesta di rimborso deve essere effettuata entro 30 gg. dal ricevimento del bollettino dall'intestatario dell'avviso di pagamento. Allegare copia del documento di identità.