

AL COMUNE QUART
RICHIESTA RIMBORSO/TRASFERIMENTO CREDITO
SERVIZI SCOLASTICI

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome del genitore)

Residente a _____ (comune) _____ (provincia)

in Via _____ (indirizzo) _____ (n° civico)

Tel. _____ (n° telefono) Cell. _____ (n° cellulare)

E-mail _____

in qualità di genitore dell'alunno/a:

_____ (cognome e nome alunno/a) _____ PAN numero

nato/a a _____ il _____
(luogo di nascita) (data di nascita)

CHIEDE

RIMBORSO del credito residuo pasti

RIMBORSO canone trasporto
pari ad € _____

IN CONTANTI

ACCREDITO BANCARIO

Banca _____

Intestato a _____

Codice IBAN _____

IL TRASFERIMENTO DEL CREDITO (specificare quale)
_____ DI € _____ SUL PAN N. _____ DI
_____.

Data _____

(Firma leggibile e per esteso)

N.B. Se il modulo è inviato per e-mail allegare un documento di identità in corso di validità.