



Città di Bollate
Città Metropolitana di Milano

Ufficio Servizi Scolastici

RIMBORSO REFEZIONE SCOLASTICA

Il Sottoscritto.....
Residente in Via/Piazza.....
nel Comune di.....
CapProvincia
Telefono:..... Cell:.....
Codice Persona:..... Badge:..... Tesserino:.....

In qualità di Genitore/Tutore di:

Alunno.....
Alunno.....
Alunno.....

CHIEDE

il rimborso della somma di €.....

Modalità di rimborso:

Accredito su conto corrente Bancario/Postale:

CODICE IBAN:

SIGLA Internaz.	Numeri di Controllo	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

Rimborso tramite tesoreria comunale

Informativa sui dati personali e sui diritti del dichiarante (D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196).

A norma dell'Art. 13 della legge succitata autorizzo il trattamento dei dati sopra indicati per le esclusive necessità organizzative, amministrative e gestionali dei servizi forniti dall'ufficio Pubblica Istruzione.

Il richiedente, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, è consapevole della decadenza dei benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci, redatte sotto la propria responsabilità, sono punite ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia.

Data _____ Firma _____