



**Città di Bollate**  
Città Metropolitana di Milano

Ufficio Servizi Scolastici

**RIMBORSO PRE-POST SCUOLA**

Il Sottoscritto.....

Codice Fiscale .....

Residente in Via/Piazza.....

nel Comune di.....

Cap .....Provincia .....

Telefono:..... Cell:.....

**In qualità di Genitore/Tutore di:**

Alunno.....

Alunno.....

**CHIEDE**

il rimborso della somma di €..... relativa al servizio di .....  
presso la scuola.....  
per.....

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

Giroconto sulla mensa anno scolastico 2018/2019

Informativa sul trattamento dei dati personali

A sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 autorizzo il trattamento dei dati sopra indicati per le esclusive finalità istituzionali dell'Ente.

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 \_\_\_\_\_