

# **RICHIESTA RIMBORSO SERVIZIO SCUOLABUS - A.S. 2019/2020**

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

COD.FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

GENITORE/TUTORE DI \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

COD.FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

**C H I E D O**

**IL RIMBORSO DI € 46,67 PER I MESI NON USUFRUITI DEL SERVIZIO SCUOLABUS COMUNALE DA MARZO A GIUGNO 2020.**

**ALLEGO: FOTOCOPIA DOCUMENTO  
FOTOCOPIA IBAN C/C**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_