

|  |  |
| --- | --- |
|  | Via Michele Barillaro Palazzo CEDIR  Torre I – Piano I  Reggio Calabria |
|  | 0965/362-2165 |
|  | PEC: [protocollo@pec.reggiocal.it](mailto:protocollo@pec.reggiocal.it)  Mail: [mazzulla.e@reggiocal.it](mailto:mazzulla.e@reggiocal.it) |

***SETTORE 11***

Istruzione, Sport, Politiche giovanili, Partecipate

Servizio Diritto allo Studio e rapporti con l’Università

Macro Area Istruzione

**Oggetto: MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO CREDITO MENSA SCOLASTICA SCUOLE**

**DELL’INFANZIA PARITARIE**

Il/la sottoscritto/a

residente in Via

città cap prov

CODICE FISCALE

Tel Cell

e-mail:

\* (*è* *obbligatorio* *inserire* *un* *indirizzo* *e-mail* *e* *un* *recapito* *telefonico*)

in qualità di GENITORE del bambino/a

COD. FISCALE

che nell’anno scolastico ha frequentato:

la Scuola dell’Infanzia paritaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di Reggio Calabria

# CHIEDE

-il rimborso di €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la quota di contribuzione al servizio di mensa scolastica anno 2024/2025 non fruito per aver superato il limite massimo dei 180 giorni per come previsto dalla convenzione ai sensi della Legge Regionale 27/85;

-che la somma venga restituita a mezzo di **bonifico** **bancario** sul conto corrente intestato a:

(nome e cognome):

CODICE FISCALE

n. **IBAN**

|  |
| --- |
|  |

Il sottoscritto inoltre,

# DICHIARA

di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per la definizione del presente procedimento e nei limiti stabiliti dalla legge n. 196/2003 e dai regolamenti attuativi.

RC,

(Allega documento d’identità in corso di validità)

FIRMA