Ristorazione scolastica
Richiesta rimborso/trasferimento credito residuo

Il/la sottoscritto/a

Genitore/tutore dell'/a alunno/a

n. di codice PAN **frequentante la scuola** **classe**

Credito residuo al termine dell' A.S 2015/2016 **€** ,

chiede

☐ che il credito residuo venga rimborsato sul seguente conto corrente bancario, in quanto l'alunno/a sopra indicato/a non utilizzerà più il servizio mensa.

Intestatario conto:

Codice fiscale

Luogo di nascita Data di nascita / /

Residente a:
CAP Città o Paese Via n. civico

BANCA IBAN

☐ che il credito residuo venga trasferito a favore di:

nome alunno/a

n. di codice PAN frequentante la scuola classe

Data Firma

ALLEGATI IN COPIA (1): DOCUMENTO D'IDENTITA'
DA RESTITUIRE A: Ufficio Mensa, Via dei Carpentieri, 53 Loc. Le Bocchette 55041 Camaiore (LU)
E-MAIL: refezione@aspviareggio.it