COMUNE DI MILZANO

Provincia di Brescia
TEL 030954654
FAX 030954428
e-mail: anagrafe@comune.milzano.bs.it

☐

DOMANDA DI RIMBORSO
BUONI PASTO

Il Sottoscritto……..nato il ……
(COGNOME e NOME DEL GENITORE)

residente a……(cap……) in via ……

Telefono ……cell……

Codice fiscale (genitore): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

"attenzione utilizzare lettera "O" e/o il numero "0" con /"

Genitore di ……
(COGNOME e NOME DEL BAMBINO)

Frequentante la Classe 5^ della Scuola Primaria di MILZANO……

CHIEDE

Il rimborso della somma risultante dalla restituzione dei buoni mensa acquistati e non utilizzati nell'A.S. 2019/2020.
A tal fine allega alla presente N._____buoni oggetto di rimborso.

Forma di pagamento:

☐ Bonifico Bancario BAN:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

"attenzione utilizzare lettera "O" e/o il numero "0" con /"

Informativa sui dati personali e sui diritti del dichiarante (D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196).
Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo sono oggetto di trattamento ai fini del rimborso dei buoni pasto acquistato ma non utilizzati, in mancanza dei quali non sarà possibile avviare il procedimento.
Inoltre saranno oggetto di comunicazione alla Tesoreria Comunale, per il completamento della procedura di pagamento.
I diritti delle persone e di altri soggetti sono quelli contenuti nell'art. 13 della legge succitata

---

DATA

……

FIRMA

……