Al Responsabile dell'Area 1 Amministrativa
Ufficio Servizi Sociali
Comune di Tropea

RICHIESTA TRASFERIMENTO/ RIMBORSO CREDITO RESIDUO
SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a_____residente a _____Via_____n._____

tel. _____ E-mail _____

genitore dell'alunno/a _____

☐ che ha frequentato la classe _____,della scuola_____per l'a.s._____

☐ frequentante la classe_____sez._____della scuola_____per l'**anno scolastico 2026/2027**

CHIEDE

☐ il trasferimento del credito residuo ammontante ad € _____ in favore dell'alunno/a

(cognome) _____ (nome)_____ Codice Fiscale: _____,

frequentante la classe_____sez.____della scuola_____

componente dello stesso nucleo familiare che usufruirà del servizio per l'A.S. 2026/2027;

☐ il rimborso del credito residuo ammontante ad € _____ e che suddetta cifra venga accreditata

sul conto intestato a: _____

IBAN DEL CONTO CORRENTE (bancario/postale)

Tale rimborso viene richiesto a seguito di:

- ○ termine ciclo studi;
- ○ passaggio ad Istituto scolastico fuori dal Comune di Tropea;
- ○ ritiro dalla scuola avvenuto in data _____
- ○ rinuncia al servizio di mensa.

Allega:

Documento di riconoscimento

_____, _____ _____
(luogo e data) *(firma)*