

**AL COMUNE DI SAINT-CHRISTOPHE
RICHIESTA RIMBORSO/TRASFERIMENTO CREDITO
SERVIZIO MENSA SCOLASTICA**

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome del genitore)

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (comune) _____ (provincia)

in Via _____ (indirizzo) _____ (n° civico)

Tel. _____ (n° telefono) Cell. _____ (n° cellulare)

E-mail _____

in qualità di genitore dell'alunno/a:

(cognome e nome alunno/a)

nato/a a _____ il _____
(luogo di nascita) (data di nascita)

CHIEDE

RIMBORSO del credito residuo
pari € _____ (_____)

ACCREDITO BANCARIO

Banca _____

Intestato a _____

(deve essere intestato allo stesso soggetto che compila la richiesta)

Codice IBAN _____

IL TRASFERIMENTO DEL CREDITO SUL

_____ nato/a il _____
(cognome e nome alunno/a) (data di nascita)

Data _____

Firma

(Firma leggibile e per esteso)