

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

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

Residente a _____
(comune) _____ (provincia)

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

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

E-mail _____

in qualità di genitore dell'alunno/a:

_____ (cognome e nome alunno/a) _____ PAN numero

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

CHIEDE

RIMBORSO del credito residuo
pari € _____ (_____)

IN CONTANTI

ACCREDITO BANCARIO

Banca _____

Intestato a _____

Codice IBAN _____

IL TRASFERIMENTO DEL CREDITO SUL PAN N. _____
DI _____

Data _____

Firma

(Firma leggibile e per esteso)