AL COMUNE DI TRECATE
Settore Servizi Sociali/Istruzione/Comunicazione
UFFICIO ISTRUZIONE
trecate@postemailcertificata.it

OGGETTO: SERVIZIO DI PRE E POST SCUOLA A.S. 2019/2020- EMERGENZA SANITARIA (COVID – 19) RICHIESTA RIMBORSO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A_____

RESIDENTE A_____VIA_____

TELEFONO/CELLULARE_____e-mail_____

GENITORE DI_____ISCRITTO PER L'A.S. 2019/2020 AL SERVIZIO DI:

❑ **PRE SCUOLA** **e/o** ❑ **POST SCUOLA**

PRESSO LA SCUOLA:

❑ INFANZIA DI "C. COLLODI" (Materna) ❑ PRIMARIA "G. RODARI" (Elementare)

❑ INFANZIA DI "G. GARZOLI" (Materna) ❑ PRIMARIA "DON MILANI" (Elementare)

CLASSE: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 **SEZIONE:** _____

CHIEDE IL RIMBORSO DEL PERIODO NON USUFRUITO
(si prega di barrare l'importo corrispondente al periodo per il quale si chiede il rimborso)

PERIODO	**PRE SCUOLA**	**POST SCUOLA**	**PRE + POST SCUOLA**
Gennaio/Marzo (parziale)	€ 30,00	€ 42,00	€ 72,00
Aprile/Giugno (totale)	€ 48,53	€ 69,76	€ 118,29

DA ACCREDITARE SUL SEGUENTE CONTO:

BANCA/POSTA_____

FILIALE DI_____

INDIRIZZO_____

INTESTATARIO C/C_____

CODICE IBAN

(Si ricorda che il codice IBAN è composto da 27 caratteri)

SI ALLEGA LA RICEVUTA DI PAGAMENTO DEL PERIODO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO.

DATA_____ FIRMA_____

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali e di quelli del/la proprio/a figlio/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

DATA_____ FIRMA_____