COMUNE DI PADOVA

Codice Fiscale 00644060287

Settore Servizi Scolastici

VIA RAGGIO DI SOLE, N. 2 – 35137 PADOVA

DOMANDA DI RIMBORSO

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 ..……..…codice……
(COGNOME e NOME DEL BAMBINO)

Frequentante la Scuola……..……..…

Genitore di ..……..…codice……
(COGNOME e NOME DEL BAMBINO)

Frequentante la Scuola……..……..…

CHIEDE

Il rimborso della somma residua di €…….

Forma di pagamento:

- ☐ Mediante trasferimento del credito di €……..

  all'utente…….. codice:…….

- ☐ In contanti riscuotibili presso ogni agenzia della Cassa di Risparmio del Veneto senza addebiti

- ☐ Con assegno inviato all'indirizzo tramite posta /Raccomandata
  Addebito 0,60 € fino all'importo di 1000,01 €
  Addebito 3,90 € per importi superiore ai 1000,01 €

- ☐ Bonifico Bancario (addebito come da condizioni bancarie) IBAN:

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

Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.

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 prescelta.
I diritti delle persone e di altri soggetti sono quelli contenuti nell'art. 13 della legge succitata

DATA …….. FIRMA ……..