



AL COMUNE DI SIRACUSA
C. F. 80001010893 - P. IVA: 00192600898
AREA II,
OFFICINA EDUCATIVA - SPORT - POLITICHE DI GENERE
Piazza Minerva, 5 – 96100 Siracusa tel. 0931/483357 Fax: 0931/61806

RICHIESTA RIMBORSO QUOTA DI PARTECIPAZIONE DELLA MENSA SCOLASTICA

Da trasmettere via fax al n. 0931/61806 o via e-mail a : pubblicaistruzione@comune.siracusa.it

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

Residente a _____ in via _____

Tel /cell _____ e-mail _____

C.F. _____

Genitore di _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

frequentante

- la scuola dell'infanzia _____ plesso _____ sez. _____
- la scuola primaria _____

chiede

il rimborso della somma di € _____ , pagata nell' a.s. _____

per il seguente motivo (barrare la voce che interessa):

- Fine del percorso scolastico;
- Rinuncia al servizio;
- Altro (specificare) _____

- Allego alla presente giustificativo di spesa.

Data _____

Firma _____