

**RICHIESTA RIMBORSO/COMPENSAZIONE SPESE SOSTENUTE PER
TRASPORTO SCOLASTICO PERIODO CHIUSURA SCUOLE ANNO 2020 PER
COVID 19**

(In Carta Libera)

AI FUNZIONARIO RESPONSABILE

SETTORE FINANZIARIO

COMUNE DI CASTEL FRENTANO

infocomune@comunedicastelfrentano.it

protocollo@pec.comunedicastelfrentano.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A_____

C.F._____

RESIDENTE_____

IN VIA _____ N. _____

TEL. _____ MAIL: _____

IN QUALITA' DI GENITORE DEL BAMBINO/A _____

Nat_ il _____ SCUOLA FREQUENTATA in riferimento al periodo
indicato _____

CHIEDE

- IL RIMBORSO DELLA SPESA SOSTENUTA PER IL TRASPORTO SCOLASTICO
RIFERITA AL PERIODO MARZO/APRILE/MAGGIO 2020
- IBAN _____
- COMPENSAZIONE DI QUANTO PAGATO PER I MESI DI
MARZO/APRILE/MAGGIO 2020 CON QUANTO DOVUTO PER IL TRASPORTO
SCOLASTICO ANNO 2020/2021

Castel Frentano, _____

FIRMA

