Comune di SOVERE
Provincia di BERGAMO

UFFICIO SEGRETERIA Tel. 035 981107 Via G. Marconi 6 CAP 24060
Fax 035 981762 e-mail info@comune.sovere.bg.it

Al Comune di Sovere

RICHIESTA RIMBORSO TRASPORTO SCOLASTICO

Domanda da presentare entro e non oltre il 30.09.2020

Dati anagrafici del genitore/tutore

Il sottoscritto _____
cognome nome

genitore dell'alunno _____
cognome nome

ha frequentato la scuola (A.S. 2019/2020) _____

residente in _____ telefono _____

Codice Fiscale del genitore |__|__|__|__|__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |

CHIEDE

Il rimborso della somma versata al Comune di Sovere per la fruizione del trasporto scolastico a.s. 2019/2020 nei mesi di marzo, aprile, maggio 2020, con accredito sul c/c IBAN:

scrivere in modo chiaro e leggibile

Sovere, il _____

Firma del Genitore o del Tutore

_____

Il presente modulo deve essere inviato tramite mail all'indirizzo info@comune.sovere.bg.it oppure depositato nella cassetta postale all'ingresso del Municipio.