

**AL COMUNE DI CAPENA
SERVIZIO EDUCATIVO**

**Oggetto: Mensa scolastica A.S.
Richiesta rimborso**

La/ Il sottoscritto/a

C.F.

nata/o a Il residente

in Via

tel cell..... genitore

dell'alunno/a frequentante la

Scuola Classe Sez

COMUNICA

Che la figlia/o è stata/o assente dalla stessa scuola per motivi di salute per un periodo continuativo superiore a DIECI giorni dal al come attestato dal certificato medico che si allega e pertanto richiede il rimborso della quota per il periodo in cui non ha usufruito del servizio.

Allega ricevuta pagamento mensa mese di

Capena

Firma

.....

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del richiedente
