

# MODULO RICHIESTA RIMBORSO PASTO NON CONSUMATO

SPETT.LE  
ASSOCIAZIONE  
SCUOLA MATERNA ANGELI CUSTODI  
GOITO - MN

Oggetto: Richiesta rimborso per pasto non consumato scuola dell'infanzia "Angeli custodi"

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_

## **c h i e d e**

il rimborso di ..... pasti (indicare il numero totale di pasti non consumati) in quanto il bambino è rimasto assente in modo continuativo (almeno 5 giorni scolastici per evento) nel periodo:

dal..... al..... pasti.....

dal..... al..... pasti.....

dal..... al..... pasti.....

Chiede pertanto che il rimborso venga effettuato con accredito sul c/c bancario indicato ad inizio anno scolastico

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione e di accettare il regolamento specifico relativo al rimborso dei pasti non consumati.

data.....

Firma

\_\_\_\_\_

La domanda dovrà essere inviata come allegato via e.mail all'indirizzo [amministrazione@angelicustodi.info](mailto:amministrazione@angelicustodi.info) indicando nell'oggetto: "Rimborso pasti – NOME BAMBINO". Nel caso non fosse possibile inviare per e.mail è possibile consegnare la domanda in duplice copia (una come ricevuta per la famiglia) presso l'ufficio in oratorio.