

Al Sindaco
del Comune di Camponogara

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME.....NOME.....

C.F.

GENITORE DI:

- | | | | | |
|----|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | figlio.....scuola | <input type="checkbox"/> infanzia | <input type="checkbox"/> primaria | <input type="checkbox"/> secondaria |
| 2. | figlio.....scuola | <input type="checkbox"/> infanzia | <input type="checkbox"/> primaria | <input type="checkbox"/> secondaria |
| 3. | figlio.....scuola | <input type="checkbox"/> infanzia | <input type="checkbox"/> primaria | <input type="checkbox"/> secondaria |
| 4. | figlio.....scuola | <input type="checkbox"/> infanzia | <input type="checkbox"/> primaria | <input type="checkbox"/> secondaria |

CHIEDE

Il rimborso dello scuolabus relativo al periodo 24 febbraio 2020 giugno 2020 da
accreditare su c/c bancario o postale di cui si allega l'IBAN.

Firma

Data.....