Modello 2 - **ENTRO IL 17/10/2025**

AL COMUNE DI FOSCIANDORA

PRESENTAZIONE SPESE SOSTENUTE PER FREQUENZA CENTRI ESTIVI 2025

1/A ▪ DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE compilare gli spazi

Il/la Sottoscritto/a, Cognome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
residente nel Comune di |__|__|__|__|__|_|__|__|__|__|__|__|__|__|Cap |__|__|__|__|
indirizzo: Via/Piazza |__|__|____|__|___|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

1/B ▪ IN QUALITA' DI: (spuntare una sola scelta)

☐ **Genitore** ☐ **Tutore** ☐ **Altro**_____

COMUNICA

Di aver sostenuteo le seguenti spese complessive per ogni minore

2 ▪ MINORI PER I QUALI SI CHIEDE IL CONTRIBUTO - Compilare gli spazi

1	**MINORE ISCRITTO AL CENTRO ESTIVO** Cognome _____ Nome _____ TOTALE SPESA SOSTENUTE _____ (N.B. : INDICARE LA SPESA COMPLESSIVA DI TUTTO IL PERIODO RIFERITA AL MINORE) CENTRI ESTIVI FREQUENTATI

2	**MINORE ISCRITTO AL CENTRO ESTIVO** Cognome _____ Nome _____ TOTALE SPESA SOSTENUTE _____ (N.B. : INDICARE LA SPESA COMPLESSIVA DI TUTTO IL PERIODO RIFERITA AL MINORE) CENTRI ESTIVI FREQUENTATI

CHIEDE CHE IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO venga erogato

- O tramite bonifico bancario/postale con IBAN**:**

- O in contanti da incassare presso lo sportello della tesoreria comunale *(solo per coloro che non hanno un conto bancario o postale):*

*NOMINATIVO*_____

NATO IL _____ *IN* _____

C.F. _____

Data di compilazione____/___/_____ *(Firma per esteso del sottoscrittore)*

_____

(ALLEGARE COPIA SPESE RETTE CENTRI ESTIVI)