

**Al Responsabile del Settore Primo
Ufficio Pubblica Istruzione
del Comune di
SAN VITO LO CAPO (TP)**

OGGETTO: Richiesta rimborso contributo per il “Servizio Mensa Alternativo Distribuito” (SMAD), anno scolastico 2024/2025.

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ e residente in San Vito Lo Capo in Via _____

N° _____ in qualità di personale:

Insegnante -

Personale A.T.A. -

Colloibratore Scolastico -

della classe _____ del Plesso _____

dell'Istituto Comprensivo “L.Radice – E.Fermi”, chiede alla S.V. il rimborso di

€. _____, per il mese di _____, come da “Report “che si allega alla presente.

Allego: Fotocopia Codice Fiscale;
Fotocopia Carta di Identità;

Modalità di pagamento: IBAN _____

Telefono: _____

San Vito Lo Capo _____

Con osservanza
(firma)
