

**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° \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante

per l'anno scolastico 2024/2025, la 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)

\_\_\_\_\_