RICHIESTA RIMBORSO SALDO REFEZIONE SCOLASTICA

Al Dirigente del Settore VI

Comune di Chiavari

Il sottoscritto _____

Cognome e Nome GENITORE

_____

Codice Fiscale GENITORE

Residente in Via/Piazza _____ civ. _____

Città _____ prov. _____

DICHIARA che l'alunno di seguito indicato non usufruirà più del servizio di refezione scolastica per: (barrare la casella)

- ○ fine ciclo
- ○ trasferimento scuola in altro Comune
- ○ altro_____

e pertanto chiede il **rimborso integrale** del saldo residuo pari ad € _____

relativo all'alunno/a _____ _____

Cognome e Nome ALUNNO/A CODICE PAN

con relativo accredito dell'importo sull'IBAN di seguito indicato:

DICHIARA inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data _____

_____

Firma

Allegare C.I. del genitore richiedente e inviare all'indirizzo mail: **protocollo@comune.chiavari.ge.it**