



**Comune di Sermide e Felonica**  
C.A.P. 46028 (MANTOVA)

## **RICHIESTA RIMBORSO O TRASFERIMENTO CREDITO RESIDUO PER TRASPORTO SCOLASTICO A.S. 2024-2025.**

LA/IL      SOTTOSCRITTA/O      \_\_\_\_\_      RESIDENTE      A:  
\_\_\_\_\_ VIA/STRADA: \_\_\_\_\_ n.ro: \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
E\_MAIL \_\_\_\_\_

### **IN QUALITÀ DI GENITORE PAGANTE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO**

#### **CHIEDE**

☐ il **RIMBORSO** dell'importo di € \_\_\_\_\_ quale mensilità **non utilizzate nell'anno scolastico 2024-2025**  
per l'alunno \_\_\_\_\_ codice PAN: \_\_\_\_\_ Scuola  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ classe/sez. \_\_\_\_\_

con le seguenti modalità di pagamento:

☐ l' accredito dell'importo sul c/c/ bancario n. \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

presso l'Istituto di Credito \_\_\_\_\_

☐ l' accredito dell'importo sul c/c/ postale n. \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

presso l'Istituto di Credito \_\_\_\_\_

☐ il **TRASFERIMENTO** dell'importo di € \_\_\_\_\_ quale mensilità non utilizzate dall' alunno  
\_\_\_\_\_ codice PAN: \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ classe/sez. \_\_\_\_\_, al **fratello/sorella** \_\_\_\_\_

**codice PAN:** \_\_\_\_\_ per servizio ☐ mensa ☐ trasporto che frequenterà la Scuola \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ Classe/Sez. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Luogo e data*

\_\_\_\_\_  
*firma*