

Al Sig. Sindaco  
del Comune di  
MOLFETTA

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, in qualità di  
genitore dell'alunn \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, - frequentante la Scuola  
\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_" Classe/Sezione  
\_\_\_\_\_ - codice PAN \_\_\_\_\_, chiede il rimborso di € \_\_\_\_\_.

Molfetta, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_