DA COMPILARE A CURA DEI SOCI DEL PIO SODALIZIO FORNAI

RICHIESTA RIMBORSO LIBRI ANNO 2024

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a a_____ il _____

residente a_____ in Via/Piazza_____Cap___

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Istituto di Credito:_____**Agenzia n°**_____

Indirizzo:_____

IBAN:_____

Telefono _____ Cellulare_____

Indirizzo E-mail_____

in qualità di: *(barrare la casella di interesse*)

☐ Genitore

☐ Legale rappresentante del minore _____

DICHIARA

b) di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo n. 109 del 31/03/1998 in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite.

Dichiara, altresì, di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, oltre la revoca dei benefici eventualmente percepiti.

Data Firma

1. **Allegare la fotocopia di un proprio documento d'identità in corso di validità**
2. **copia della fattura comprovante la spesa.**

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI DELLO STUDENTE

Cognome_____Nome _____

nato/a a_____ il _____

e residente a_____ in Via/Piazza_____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SCUOLA CHE FREQUENTERA' NELL'ANNO SCOLASTICO 2024-2025
(barrare la casella di interesse)

☐ Media ☐ Superiore

☐ percorsi sperimentali istruzione e formazione

_____

NOME DELLA SCUOLA_____

COMUNE SEDE DELLA SCUOLA_____

CLASSE CHE FREQUENTERA' ☐ 1 ☐ 2 ☐3 ☐ 4 ☐5

Data Firma