

residente in _____
compilare se diverso da quello del richiedente: Comune – Via – n° civico

per i seguenti mesi successivi a quelli per cui si chiede il rimborso

Sett- 2020	Ott- 2020	Nov- 2020	Dic- 2020

Che l'importo mensile della retta da corrispondere è pari a €

A tal fine, il sottoscritto, allega

preventivo fornito dalla struttura

(Luogo) (Data)

Firma
