VERLINGUE
BROKER DI ASSICURAZIONI

P.le C.A. Dalla Chiesa, 17 - 43121 Parma

**SINISTRI SCOLASTICI ANNO 2026/2027**

# RICHIESTA RIMBORSO PER MANCATA PARTECIPAZIONE ALLA GITA SCOLASTICA

Il sottoscritto/a _____genitore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ dell'Istituto_____

Sono a chiedere il rimborso di € _____ relativo alla mancata partecipazione gita del_____ a _____ per motivi di salute.

Allegare la seguente documentazione necessaria per ricevere il rimborso:

- **CERTIFICAZIONE MEDICA ATTESTANTE LA MANCATA PARTECIPAZIONE DELLA GITA**
- **PROGRAMMA DELLA GITA**
- **TRACCIABILITA' DEL PAGAMENTO EFFETTUATO DAI GENITORI / SCUOLA**

**Si comunicano i dati di riferimento del beneficiario**:

| | |
|---|---|
| Cognome e nome | |
| Codice fiscale | |

**INDICARE COORDINATE BANCARIE (IBAN)**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Data e luogo

Firma

_____