

# FORMULARIO 2



Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale  
DGSP UFF.V

## DOMANDA

(di rimborso spese scolastiche ai sensi del combinato disposto dell'art. 29  
comma 7 del D. Lgs n. 64/2017 e dell'art. 179, commi 1-3, del D.P.R. n. 18/1967)

Il/La sottoscritto/a

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Sede di servizio all'estero	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>		
Data di assunzione	<input type="text"/>	Qualifica	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	<input type="text"/>				

## CHIEDE

il rimborso delle spese per l'anno scolastico  per

Cognome	Nome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*In caso di cessazione dal servizio all'estero*, il/la sottoscritto/a chiede che l'importo residuo spettante venga accreditato sul seguente conto corrente

intestato a	<input type="text"/>
Denominazione istituto bancario	<input type="text"/>
Codice IBAN	<input type="text"/>
Data	<input type="text"/>

Firma \_\_\_\_\_

**Allegati: si veda quanto indicato al punto 2 delle indicazioni operative**