

Il/La sottoscritt_

(Cognome e Nome)

nato/a a _____ il _____

cod. fisc. _____

Via _____ Città' _____

genitore dell'alunn_

(dati dello studente)

iscritt_ per l'anno scolastico _____ alla classe _____

di questo Istituto

CHIEDE

il rimborso del contributo scolastico versato a favore dell'Istituto di € _____ .00.

A tal fine indica le coordinate bancarie per il relativo bonifico :

PAESE _____ CIN-EU _____ CIN _____ ABI _____

CAB _____ N. _____

ATTENZIONE : Il richiedente deve essere anche intestatario del c.c. bancario

Si allega fotocopia ricevuta dell'avvenuto pagamento.

Trani,

Firma