

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