

Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale "F. De Sanctis"
di Trani

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 € _____.

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