

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. "E. RUFFINI – D. AICARDI"
Via Lungomare, 141
18018 – TAGGIA (IM)

RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

domiciliato in _____

Via _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - in qualità di GENITORE / TUTORE

dell'ALLIEVO/A _____ iscritto alla classe _____ per l'a.s.

CHIEDE

Il rimborso della tassa pagata dal proprio figlio /a di € _____, per il seguente motivo :

(barrare la voce che ricorre)

ALUNNO RITIRATO IN DATA _____

ALUNNO ISCRITTO PRESSO ALTRO ISTITUTO _____

DICHIARA

che i propri riferimenti bancari per l'erogazione del rimborso sono i seguenti:

Banca _____

INTESTATARIO CONTO: _____

IBAN: _____

Luogo e data _____

FIRMA
