

Il/la sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Codice fiscale _____ residente in _____

Via _____ tel _____

Genitore dell'alunno _____ nato a _____

Il _____ classe _____ scuola _____

(primaria /infanzia/secondaria)

Plesso scolastico _____

Con la presente

Chiede il rimborso di € _____, _____ per l'evento del ____/____/____

Specificare la tipologia di pagamento effettuato per cui si chiede il rimborso :

IBAN PER IL RIMBORSO -----

(indicare i 27 caratteri alfa numerici)

Banca _____

Data ____/____/____

Firma del genitore

- allegare copia del documento di riconoscimento genitore richiedente
- allegare copia del pagamento effettuato

Trasmettere per email : ctic85300t@istruzione.it

Indicare nell'oggetto dell'email : RIMBORSO € _____ QUOTA ALUNNO (nome cognome alunno)

RISERVATO ALLA SCUOLA

Si autorizza il rimborso di € _____, _____

IL DSGA