RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.T.C.G. GALILEO GALILEI

OGGETTO : RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO

IL SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DELL'ALUNNO _____ DELLA CLASSE _____

CHIEDE IL RIMBORSO DI € VERSATI SUL CC. DELL'ISTITUTO GALILEI PER

L' ISCRIZIONE ALLA CLASSE _____ PER L'ANNO SCOL. _____

A tal riguardo comunica che detto rimborso venga effettuato mediante accredito su conto corrente bancario intestato a

nato a ... .i1 ..... codice fiscale .....

residente a ..... via/piazza .....

Recapito Telefonico correntista .....

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca /Posta .....

SI ALLEGA RICEVUTA DI VERSAMENTO

DATA _____

FIRMA _____