

Al Dirigente scolastico

Dell'ISIS "da Vinci- Carli – Sandrinelli"

Oggetto: richiesta rimborso

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

Il rimborso dell'importo versato di € \_\_\_\_\_

Relativo a \_\_\_\_\_

Chiede che il rimborso venga effettuato con accredito sul c/c bancario/postale

IBAN \_\_\_\_\_

Allegato: copia del versamento

Trieste, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

VISTO  si autorizza il rimborso

Il Dirigente scolastico

Ariella Bertossi