

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