Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "G.Gabrieli"
Mirano -VE

OGGETTO: Richiesta rimborso contributo scolastico.

……l…… sottoscritt……

nato/a……il……

residente a ……prov……in Via ……n……

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

genitore dell'alunno/a……

icritto alla classe …… Sez. …… Plesso ……

C H I E D E

il rimborso del contributo scolastico di iscrizione pari a € _____, _____ -

☐ per trasferimento presso altra istituzione scolastica nel solo caso di mancata frequenza.

****

Modalità di pagamento:

☐ con accredito in conto corrente postale

☐ con accredito in conto corrente bancario

Il c/c risulta essere intestato a:

(cognome)	(nome)	(nato/a a)	il
(cognome)	(nome)	(nato/a a)	il

Denominazione della Banca ……Filiale / Agenzia di ……

ABI…… CAB …… C/C……

IBAN ……

A tale fine allega alla presente l'attestazione del versamento – in originale – effettuato sul ns. c/c -.

…… (data)

…… (Firma)