

Oggetto: Richiesta rimborso contributo scolastico a.s. _____

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Iscritto/a alla classe _____ di codesto Istituto

residente a _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

Il rimborso del versamento di € _____, effettuato sul c/c 10061620 relativo al contributo scolastico per l'a.s. _____ sul cc sotto indicato:

IBAN		Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente
Stato	Cin				

Il rimborso è richiesto per:

- Ritiro dalla Scuola
- Trasferimento ad altro Istituto

Civitanova Marche, _____

Firma

Allegati:

- attestato di versamento