AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'I.I.S.S. "L. B. ALBERTI"

VLe Civiltà del Lavoro 4 00144 Roma

RICHIESTA RIMBORSO

_L_ SOTTSCRITT_ : _____

COD. FISCALE : _____

GENITORE DELL'ALUNN_ _____

CLASSE _____SEZ._____A.S. _____/_____ DI CODESTO ISTITUTO ,

CHIEDO

IL RIMBORSO PER L'IMPORTO NON DOVUTO PARI AD EURO:_____,_____

RIFERITO AL PAGAMENTO DI:

- ☐ TASSE SCOLASTICHE
- ☐ CONTRIBUTO SCOLASTICO
- ☐ VIAGGIO ISTRUZIONE
- ☐ CORSO EXTRASCOLASTICO:_____
- ☐ ALTRO

CONTESTUALMENTE , CHIEDO L'ACCREDITO PRESSO L' ISTITUTO BANCARIO _____

INTESTATARIO DEL CONTO_____

IBAN																										

da compilare in stampatello di facile lettura

RECAPITO TELEFONICO:_____

Si allega attestazione di pagamento

Roma lì _____

Firma

_____

Visto il DSGA

_____