AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'I.C. "POGGIALI-SPIZZICHINO"

Via Aristide Leonori,74 - 00147 Roma

RICHIESTA RIMBORSO

_L_ SOTTSCRITT_ : _____

COD. FISCALE (OBBLIGATORIO) : _____

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

_____