Al Dirigente Scolastico
I.I.S. CROCE-ALERAMO
Viale Battista Bardanzellu n. 7
00155 Roma

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO
(contributo scolastico)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____, residente a _____

C.F. _____ CELL. _____

Genitore dell'alunno/a _____

Classe _____ sez. _____ indirizzo _____ di questo Istituto, a.s. 20__/20__

CHIEDE

Il rimborso _____
(indicare l'oggetto del rimborso)

che ammonta a € _____ - (allegare copia del versamento effettuato)

per le seguenti motivazioni _____

L'importo dovrà essere accreditato sul conto corrente bancario/postale intestato a:

Sig./Sig.ra _____

IBAN:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Non è possibile effettuare rimborsi su PostePay

Roma li, Firma del genitore

Da delibera n. 652 del 15/11/2013, il Consiglio di Istituto ha deliberato che:

- Trattenimento della somma di € 10,00 per trasferimenti effettuati entro la fine del mese di settembre;
- Trattenimento della somma di € 15,00 per il trasferimento dal 01/10 al 31/12;
- Trattenimento del 50% della somma per trasferimento entro 31/01.

BIENNIO € 95,00

☐ € 85,00 SETTEMBRE ☐ € 80,00 OTTOBRE E DICEMBRE ☐ € 47,50 GENNAIO

TRIENNIO € 105,00

☐ € 95,00 SETTEMBRE ☐ € 90,00 OTTOBRE E DICEMBRE ☐ € 52,50 GENNAIO

RISERVATO ALLA SEGRETERIA:
PROT. N. _____ DEL _____
DATA RICHIESTA NULLA-OSTA _____
DATA RITIRO NULLA OSTA _____