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

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

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

_____

Visto del Dirigente Scolastico

_____