Al Dirigente Scolastico

I.S.S.Croce Aleramo

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____il_____residente

a_____in (indirizzo)_____

cap_____C.F._____

n.cellulare_____

CHIEDE

Il rimborso (*indicare l'oggetto del rimborso*)_____

Che ammonta a €_____(***allegare copia della spesa effettuata***)

Per le seguenti motivazioni_____

l'importo deve essere accreditato sul conto corrente postale/bancario intestato a:

SE E' UNA CARTA E NON UN CONTO CORRENTE GENTILMENTE SCRIVERLO

IBAN

N.CARTA (**se in possesso di carta *EVOLUTION* o altra carta non inserire l'BAN MA IL NUMERO DELLA CARTA (compilare la riga sottostante**)

Il rimborso su carta prepagata sarà al netto delle commissioni pagate dalla scuola

Data_____

Firma leggibile

_____

Visto del Dirigente Scolastico

_____