Al DIRIGENTE SCOLASTICO

del Liceo Scientifico Statale “N. Copernico” Pavia

RICHIESTA RIMBORSO

Il sottoscritto genitore dell’alunno/alunna classe sez.

A.S.

CHIEDE

* il **rimborso contributo scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** pari ad euro ;
* il **rimborso iscrizione corso** pari ad euro ;
* **Altro (specificare):** ; Causale richiesta rimborso:

A tale fine COMUNICA

le generalità e le coordinate bancarie/postali dell’INTESTATARIO DEL CONTO sul quale effettuare l’accredito di quanto richiesto:

Cognome Nome

nato il a ( )

abitante in via n.

Comune ( ) CAP

C.F. Tel.

Banca/Posta Filiale

IBAN sotto indicato:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAESE | | CIN EU | | CIN IT | ABI | | | | | CAB | | | | | N. CONTO CORRENTE | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogo e data

(firma del dichiarante)

(*si allega originale del versamento e fotocopia documento di identità in corso di validità)*

Visto:

**Il DSGA** **La Dirigente Scolastica**

*Dott.ssa Susanna Caffetti Dott.ssa Paola Donatella Penna*