

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo Castelverde Roma
rmic8cp00e@istruzione.it

RICHIESTA RIMBORSO

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/alunno _____

Classe _____ sez. _____ A.S. _____

CHIEDE

Il rimborso di € _____ per la seguente motivazione:

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 |
|-------|--------|--------|-----|-----|-------------------|
| | | | | | |

Roma, _____

(firma del dichiarante)

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Autorizza

Non Autorizza

Firma _____