MODULO RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTI SCOLASTICI

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto "Comprensivo Filottrano

60204 Filottrano (AN)

Il/La sottoscritto/a nato/a il ,

genitore dell’alunno iscritto alla classe sez

nel plesso scolastico di questo Istituto nell’anno scolastico a.s.

C H I E D E

alla S.V., il rimborso del contributo scolastico di € per il seguente

motivo:

L’importo sarà rimborsato mediante accredito sul Conto Corrente Bancario,

Banca:

Intestato a

**CODICE IBAN**

(*In caso di compilazione manuale, si prega allegare fotocopia CODICE IBAN per evitare errori di interpretazione*)

Allego alla presente ricevuta del versamento effettuato,

dovuto a:

Filottrano,

Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_