

Al Sig. Dirigente Scolastico
I.T.C.S. "L.B. ALBERTI"
Via Perugia, 1
30027 SAN DONA' DI PIAVE

Oggetto: Richiesta rimborso contributo scolastico.

__I__ sottoscritt_____ Nato a _____
il _____ codice Fiscale n. _____, residente in
Via/Piazza _____ a _____, genitore
dell'alunn_____ Codice Fiscale n.
_____ iscritt__ per l'anno scolastico _____ alla classe
_____ di questo istituto

chiede

il rimborso del contributo di Istituto di _____ Euro= (contributo versato per l'a.s.
_____) per la seguente motivazione:

Cambio indirizzo scolastico

Altro _____

chiede, altresì, che l'importo venga:

accreditato sul c/c bancario n. _____ della Banca
_____ di _____ codice IBAN

DATA _____

firma

Visto: Il Dirigente Scolastico
