Al Dirigente Scolastico
IIS "Da Vinci- Galilei"
NOCI

OGGETTO: Richiesta Rimborso tasse scolastiche.

_l_ sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

C.F._____ in qualità di genitore dell'alunno _____

Frequentante la classe _____ del _____

CHIEDE

il rimborso dell'importo di Euro_____ versato sul c/c/p n. 1008682633 per motivi

_____

- Titolare c/c (Nome e Cognome)_____
- Luogo e data di nascita _____
- CODICE FISCALE _____
- Numero telefonico _____
- Coordinate Bancarie IBAN

Si Allega copia ricevuta.

Noci, Firma