ISTITUTO COMPRENSIVO
"G. BARTOLENA"
Via Michel, 8 – 57128 LIVORNO, Tel: 0586/588711
PEO: LIIC82300E@istruzione.it - PEC: LIIC82300E@pec.istruzione.it
sito web www.scuolabartolena.edu.it

Alla DIRIGENTE SCOLASTICA

RICHIESTA RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a_____classe_____sez._____

plesso_____A.S._____

CHIEDE

- il **rimborso del contributo scolastico volontario a.s.** _____ per l'importo di euro_____;
- **Altro (specificare):**_____ per l'importo di euro_____;

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/a 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

Si *allega:*
Copia del versamento di cui si chiede il rimborso e fotocopia documento di identità in corso di validità

Livorno, _____

(firma del dichiarante)