Marca da bollo da € 2,00 su importi superiori a € 77,47

MODULO RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.I.S.S "Da Vinci - Majorana"
70042 Mola di Bari

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in via _____

Genitore dell'alunno _____Iscritto alla classe _____ presso questo

Istituto per l'anno scolastico _____

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 c/c ☐ BANCARIO ☐ POSTALE

Intestato a _____

CODICE IBAN:

☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(Si prega di allegare fotocopia CODICE IBAN per evitare errori di interpretazione)

Allego alla presente la ricevuta originale del versamento effettuato.

_____ li, _____ Firma

_____

Si comunica che i dati da Voi forniti saranno trattati nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui al D.L.vo 30 giugno n. 196 (Codice Privacy).