

**Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico Statale "C. Cavour" di Roma**

RICHIESTA RIMBORSO

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____

A.S. _____

CHIEDE

- il **rimborso contributo scolastico** pari ad euro _____;
- il **rimborso iscrizione corso** pari ad euro _____;
- Altro (specificare):** _____ pari ad 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 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

Roma, _____

(firma del dichiarante)

(si allega originale del versamento e fotocopia documento di identità in corso di validità)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO

Y Autorizza

Y Non Autorizza

IL DSGA

Firma _____