AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Liceo Statale "G. Agnesi"

Via Tabacchi, 17 - Milano

DOMANDA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a ……

nato/a a …… (……..) il ……../……../……...

residente a …… (……..) Via/piazza ……

genitore dell'allievo/a ……..

nato/a …….. (……..) il ……../……../……...

iscritto nell'anno scolastico ..…..... /..…… alla classe …….. sez. ……..

PREMESSO CHE

ha effettuato il versamento del contributo della somma di Euro ……..…….. (indicare la cifra pagata)

☐ per l'iscrizione all' A.S. ….…../…..…… di codesto istituto;

☐ per partecipare all'esame/al corso di ……;

☐ per viaggio d'istruzione/stage/uscita didattica a ……;

CHIEDE

Il rimborso della somma di Euro ……

sul c/c n° ….....……..……..... intestato a……

Codice fiscale Intestatario ……..……..

CODICE IBAN:

per le seguenti motivazioni:

☐ ha chiesto il trasferimento all' Istituto ……..il……...;

☐ non ha più partecipato al corso/esame per il seguente motivo……

…….;

☐ non ha partecipato al viaggio/stage/uscita per il seguente motivo ….....

…….;

☐ altro ……..;

Milano ……./……./…….

Firma di un Genitore o di chi ne fa le veci

_____

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003