

RICHIESTA DI RIMBORSO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

C.F.

(da indicare obbligatoriamente)

RESIDENTE A

PROVINCIA

VIA

N.

Tel.

Email

CHIEDE IL RIMBORSO DELLA QUOTA DI

PER L' IMPORTO DI €

VERSATA NELL' ANNO SCOLASTICO

per il/la figlio/la

C.F.

frequentante la classe

1

2

3

4

5

sezione

A

B

C

D

E

F

G

plesso

Charlot

Rodari

Il Monello

Carchidio

Alberghi

Strocchi

Strocchi Reda

MOTIVO DELLA RICHIESTA

DA VERSARE SUL SEGUENTE CONTO:

COORDINATA IBAN

ISTITUTO

AGENZIA N.

VIA

N.

CITTA'

PROVINCIA

Data

Firma