

AI **DIRIGENTE SCOLASTICO**
del C.P.I.A. SEDE DI ANCONA
ANCONA

RICHIESTA RIMBORSO

Il/la Sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Iscritto/a all'anno scolastico ____ / ____ al corso _____

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

Luogo _____, data _____

(firma del dichiarante)

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Autorizza
- Non Autorizza

Firma _____