

Al Dirigente Scolastico
dell'I.P.S.E.O.A. "Caterina de' Medici"
Gardone Riviera (Bs)

Oggetto: Richiesta di Rimborso Erogazione Liberale

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov _____ il ___/___/___, codice fiscale _____ residente

a _____ in via _____ n _____ cap _____

tel./cel _____/_____ padre/madre dell'alunno/a _____ iscritto/a per

l'a. s. _____ presso la sede di _____ dell'I.P.S.E.O.A.

"Caterina de' Medici" - Gardone Riviera (Bs) alla classe _____ sez _____

intestatario del c/c bancario

IBAN n° _____

BANCA _____

CHIEDE

Il rimborso della tassa relativa al contributo d'istituto,

DICHIARA

o che l'alunno/a è stato/a bocciato/a nell'a.s.e ripete e non conferma l'iscrizione per l'a.s. in corso.

o che l'alunno/a non ha mai frequentato nell'a.s. al quale si riferisce l'iscrizione.

o che l'alunno/a ha frequentato dal _____ al _____ nell'a.s. al quale si riferisce l'iscrizione.

Gardone Riviera lì, ___/___/_____

FIRMA DEL GENITORE

PS: ALLEGARE:

- FOTOCOPIA CODICE IBAN

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' DELL'INTESTATARIO DEL C/C.

IN MANCANZA DI TALE DOCUMENTAZIONE IL RIMBORSO NON VERRA' EFFETTUATO.