Al DIRIGENTE SCOLASTICO
del LICEO SCIENTIFICO STATALE
"GALILEO GALILEI"
Via San Giacomo n. 11
37135 VERONA

Il/la sottoscritto/a ____

Residente a _______________ in via ________________________________

genitore dell'alunno/a ________________________________classe______

a seguito ritiro dell'iscrizione del proprio figlio/a

C H I E D E

Il rimborso del contributo versato alla scuola pari ad EURO: ___________

Allo scopo chiede che il rimborso avvenga:

- Accredito sul c/c **bancario della FAMIGLIA** (**attenzione: i campi sottostanti devono essere compilati IN MODO PRECISO):**

c/c intestato a ____

Cointestato a ____

BANCA : _____________________________AGENZIA _______________

CIN _________ ABI ____________ CAB__________________

N° di c/c ____

IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|…..(27 caratteri)

CODICE FISCALE (*del* *GENITORE CHE CHIEDE IL RIMBORSO*)______________________________

MOTIVAZIONE RIMBORSO ________________________________

Distinti saluti.

Verona, lì _______________

FIRMA

____

Si allega copia ricevuta pagamento
Si allega copia codice fiscale e dell'IBAN BANCA