RICHIESTA DI RIMBORSO

Al Dirigente Scolastico Liceo scientifico Francesco d'Assisi
rmps10000a@istruzione.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____

il _____ residente in _____

Comune _____ tel. _____ cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

padre/madre dello studente _____
(indicare cognome e nome dello studente)

classe _____ chiede che le venga rimborsata la somma di € _____

sostenuta per _____
(indicare la causale del versamento/spesa)

Motivo della richiesta di rimborso _____

Il/La sottoscritto/a chiede che tale cifra venga versata su: ☐ C/C Bancario ☐ C/C Postale
(Barrare la voce che interessa) ☐ Carta Postepay ☐ Carta PostePay Evolution

N.B.: non è possibile effettuare pagamenti da parte della scuola ***su libretti di risparmio***

Intestato/a a:

COGNOME_____ **NOME** _____

Luogo nascita _____ Prov._____ Data di nascita _____

Domicilio _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE:

CODICE IBAN: *Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri pertanto bisogna riempire tutte le caselle riportate.*
N.B.: Per le carte Postepay Evolution con ABI 07601-CAB 05138 occorre indicare il numero della carta o il nuovo IBAN

COD PAESE		**CIN EURO**		**CIN IT**	**ABI**					**CAB**					**n° C/C**								

☐ **NUMERO CARTA POSTEPAY** ☐ **NUMERO CARTA POSTEPAY EVOLUTION**
N.B.: Per accrediti su carte Postepay è prevista una commissione a carico del beneficiario pari ad € 1,00

Roma li, _____

Firma del Genitore

_____

SI ALLEGA RICEVUTA VERSAMENTO
COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

PC