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