RICHIESTA RIMBORSO SPESE

Al dirigente Scolastico
Al Direttore S.G.A.
I.C. Borgo San Giacomo

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
Cognome e nome (in stampatello)

_____ frequentante la classe _____ della
Cognome e nome (in stampatello)

Scuola primaria/secondaria di _____

CHIEDE

la restituzione di € _____ per aver pagato erroneamente

☐ assicurazione € _____

☐ diario scolastico € _____

☐ viaggi d'istruzione € _____
☐ altro € _____

INFORMAZIONI NECESSARIE PER EFFETTUARE IL RIMBORSO

Codice fiscale della persona che ha effettuato il pagamento

_____

c/c bancario o postale intestato a _____

Banca_____

Agenzia/filiale _____

CODICE IBAN (27 caratteri obbligatori)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

La scuola si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione a supporto di quanto richiesto,

Data ____/____/_____

Firma _____