



Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (___) il _____

CODICE FISCALE _____

Residente a _____ (_____)

via/piazza _____ n° _____

Genitore dell'allievo/a _____ classe _____

C H I E D E

che il rimborso dovuto pari all'importo di € _____ ;

per : _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

ISTITUTO BANCARIO/POSTALE PER L'ACCREDITAMENTO COORDINATE CONTO CORRENTE									
Intestatario del conto									
Istituto bancario					Comune				
IBAN	Cod. paese	Cod. controllo	CIN	ABI	CAB	N° conto corrente			

Data _____

Firma del richiedente