

DOMANDA DI RIMBORSO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
Cognome e nome

GENITORE DELLO STUDENTE _____ FREQUENTANTE LA CLASSE
_____ ANNO SCOLASTICO 20_____/20_____,

CHIEDE IL RIMBORSO DI € _____

RELATIVO A _____

INTESTATARIO DEL CONTO _____
Cognome e nome

NATO/A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE _____ PROV. _____ CAP _____

CODICE FISCALE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data _____

Firma _____

Riservato all'Ufficio

Si AUTORIZZA [SI] [NO]

Impegno n. _____ del _____

Attività/Progetto _____ Conto _____ S/Conto _____

Mandato n. _____ del _____