

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Cisano Bergamasco
email BGIC841003@ISTRUZIONE .IT

Il/La sottoscritt _____
genitore di _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ prov. _____ in via _____ n° _____
frequentante la classe _____ sez. _____ Scuola _____ di _____

CHIEDE

la restituzione residua del contributo versato a codesta istituzione scolastica per le visite di istruzione
a.s.2019/20

con accredito su IBAN _____

Banca _____ Filiale di _____

Intestatario del conto corrente: _____
Cognome Nome

Si allegano fotocopie della carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del c/c

In fede.

Data e luogo

Firma