Al DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell'I.I.S. "A. SCOTTON"

di: BREGANZE-BASSANO

OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO LABORATORIO.

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____C.F._____

genitore dello studente _____ nato a _____

il _____ C.F. _____iscritto alla classe _____

per l'anno scolastico _____ presso la sede di _____

**C H I E D E**

Il rimbrso del contributo di Euro _____,00 versato in occasione della domanda di iscrizione in quanto ha ritirato la stessa.

__I___ figli___ nell'anno scolastico _____ frequenterà_____

---

ALLEGA RICEVUTA DEL VERSAMENTO

Indirizzo per il rimborso:

Via _____nr _____

Cap _____ Città _____

Tel. _____

Accredito presso il seguente Istituto di credito:

Banca_____ Agenzia: _____

Codice IBAN :

|__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intestatario c/c_____

Data _____ Firma _____