

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico "A.Vallisneri"

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_

genitore dello studente \_\_\_\_\_

frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_

chiede

il rimborso dell'importo di € \_\_\_\_\_ versato sul c/c/p di questo Liceo per:

\_\_\_\_\_  
(specificare la richiesta: contributo spese funzionamento, tassa d'iscrizione, partecipazione gita, ecc).

Richiede il rimborso per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indica il n° telefonico per essere contattato: \_\_\_\_\_

Indica l'indirizzo mail per essere contattato: \_\_\_\_\_

Allega n° \_\_\_\_\_ bollettini di c/c/p.

L'importo sarà corrisposto con accredito sul conto corrente bancario o postale

Intestato a \_\_\_\_\_

presso la banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

codice IBAN IT \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Riservato alla Segreteria	Riservato alla Presidenza
<input type="checkbox"/> nulla osta al rimborso <input type="checkbox"/> non rimborsabile per il seguente motivo: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede _____ _____ _____
L'Assistente Amministrativo addetto al controllo _____	Il Dirigente Scolastico _____