

Al Dirigente Scolastico
dell' I. C. "VIA SAVINIO, 43"
Via A. Savinio, 43
00141 ROMA

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il/...../.....
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe sez. del plesso o già iscritto/a alla classe sez.

☐ SCUOLA INFANZIA ☐ SCUOLA PRIMARIA ☐ SCUOLA MEDIA

CHIEDE

Il rimborso di:

- ☐ Tasse scolastiche (€_____,____)
- ☐ Altro (€_____,____)

Specificare il motivo
.....

- Accredito sul c/c presso: (Banca/Posta)
- Intestatario/i del conto:
- IBAN
- Cognome Nome
- Luogo di nascita Data di nascita/...../.....
- Codice Fiscale
- Recapito/i telefonico/i

Roma, ____/____/20__

Firma

.....