

Al Dirigente Scolastico  
I.C. PONTELAMBRO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

CHIEDE

Il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ ( in lettere \_\_\_\_\_ ) versate  
per \_\_\_\_\_ a seguito (causa) annullamento  
(specificare): \_\_\_\_\_

con la seguente modalità:

accredito su c/c bancario intestato al richiedente presso la seguente banca:

\_\_\_\_\_

accredito su c/c postale intestato al richiedente presso il seguente ufficio postale:

\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

(scrivere in STAMPATELLO)

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE INVIATO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:

[COIC80400V@istruzione.it](mailto:COIC80400V@istruzione.it)