



Liceo Scientifico Statale
"FILOLAO"
CROTONE

RICHIESTA RIMBORSO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
"Liceo Scientifico Statale "Filolao"
CROTONE

Il sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ CF _____

Genitore dell'alunno/a _____

Iscritto/a alla classe _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

Il rimborso del contributo scolastico pari ad euro _____;

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI

| |
|--|
| |
| |
| |

COMUNICA

Le proprie coordinate bancarie/postali per effettuare l'accredito di quanto richiesto;

- Conto corrente intestato a

IBAN

| | | | | | |
|----|----|---|--------|--------|------------------|
| □□ | □□ | □ | □□□□□□ | □□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
|----|----|---|--------|--------|------------------|

Mandato da pagare c/o cassa Banco Posta

Allegati: Documento di riconoscimento
Copia del versamento

Crotone _____

Firma del richiedente