

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Liceo Classico e Musicale "Cavour"
Alla C.A. del Dirigente Scolastico

La/il sottoscritta/o	nata/o a
in data	Cod. Fisc.
☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutore ☐ Tutrice ☐ Altro _____ di (nome e cognome studentessa/studente)	
iscritta/o alla classe	per l'A.S.

CHIEDE

il rimborso
del contributo

per il seguente motivo

pari a €

Dati per il pagamento delle somme dovute tramite Bonifico Bancario

Denominazione Istituto Bancario

Sigla paese	Numeri controllo	CIN	CAB	C/C
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40
41	42	43	44	45
46	47	48	49	50
51	52	53	54	55
56	57	58	59	60
61	62	63	64	65
66	67	68	69	70
71	72	73	74	75
76	77	78	79	80
81	82	83	84	85
86	87	88	89	90
91	92	93	94	95
96	97	98	99	100

Si allega copia della ricevuta del versamento.

Data Firma