RICHIESTA RIMBORSO TASSE SCOLASTICHE

AL PRESIDE DELL'I.T.C.G. GALILEO GALILEI

AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI ISTITUTO

OGGETTO : RICHIESTA RIMBORSO TASSE

IL SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DELL'ALUNNO _____ DELLA CLASSE _____

CHIEDE IL RIMBORSO DI € VERSATI SUL CC. DELL'ISTITUTO GALILEI PER L'ISCRIZIONE ALLA CLASSE_____ PER L'ANNO SCOL. _____.

A tal riguardo comunica che detto rimborso venga effettuato mediante accredito su conto corrente bancario intestato a .....

nato a .....il ..... codice fiscale n° .....

residente a ..... via/piazza .....

Recapito Telefonico correntista .....

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca /Posta .....

SI ALLEGA RICEVUTA DI VERSAMENTO

DATA _____

FIRMA _____