

MODULO PER LA RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

Iscritto alla classe \_\_\_\_\_ presso questo Istituto per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

C H I E D E

alla S.V., il rimborso del contributo scolastico di € \_\_\_\_\_ per il seguente

motivo \_\_\_\_\_

L'importo sarà rimborsato mediante accredito sul c/c BANCARIO/POSTALE N. \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN**

-----  
(Si suggerisce di allegare fotocopia CODICE IBAN per evitare errori di interpretazione)

Allego alla presente ricevuta del versamento contributo scolastico a.s. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

.....  
Si comunica che i dati da Voi forniti saranno trattati nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui al D.L.vo 30 giugno n. 196 (Codice Privacy).