

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO SPESE SCOLASTICHE

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI ASOLO
VIA FORESTUZZO, 65 - 3011 ASOLO (TV)
TVIC83000G@istruzione.it

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe ____ sez. ____
nell'anno scolastico _____.

CHIEDE

- ☐ il rimborso del **contributo scolastico** pari ad euro _____;
- ☐ il rimborso per **l'uscita didattica/viaggio di istruzione** circ. n. _____ pari ad euro _____;
- ☐ **altro** (specificare) _____;

Motivo della richiesta di rimborso: _____

A TAL FINE COMUNICA

le generalità e le coordinate bancarie/postali dell'INTESTATARIO DEL CONTO sul quale effettuare l'accredito di quanto richiesto:

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____ (____)

RESIDENTE IN VIA _____ N. _____

COMUNE DI _____ (____) CAP _____

C.F. _____ TEL. _____

BANCA/POSTA _____

FILIALE DI _____

IBAN sottoindicato:

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO CORRENTE											

Luogo e data:

Firma del richiedente/dichiarante

VISTO:

☐ SI AUTORIZZA

Il Direttore S.G.A. _____

☐ NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico _____