

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.T.G. Cangrande della Scala
Corso Porta Nuova, 66
37122 V E R O N A

OGGETTO: richiesta rimborso.

Il/la sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
iscritto alla classe _____ per l'anno scolastico _____

C H I E D E

Il rimborso per:

- Rimborso per CAMBIO ISTITUTO (_____)
 Errato versamento di € _____

 Altro _____

A tal fine comunica il numero di conto corrente per l'eventuale bonifico
n. _____ Intestatario cognome _____
nome _____

Banca _____

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri ed è indicato sull'estratto del conto corrente)

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□

INDISPENSABILE PER IL RIMBORSO allegare **ORIGINALE**
della ricevuta del pagamento in Vostro possesso.

Genitore/tutore/interessato se maggiorenne

Tel. Per comunicazioni : _____