Timbro Ufficio Protocollo

Al Dirigente Scolastico del L.S.S. Augusto Righi di Roma

Oggetto: RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome del richiedente il rimborso e genitore dell'alunno/a

		/			/				

Data di nascita

Luogo di nascita

codice fiscale

Genitore dell'alunno/a _____

iscritto/a all'anno scolastico 201___ /201___ alla classe _____ sez. _____ di questo Istituto

indicare l'a.s. e la classe per i quali si è versato il contributo

CHIEDE IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO VERSATO PER:

☐ Richiesta del Nulla Osta per trasferimento in altro Istituto

Per il rimborso del contributo per iscrizione, in seguito a rilascio del Nulla Osta, il CdI del 01/12/2010, con delibera 2/2, ha stabilito il rimborso del 50% della quota versata all'atto dell'iscrizione agli studenti che non hanno frequentato neanche un solo giorno del nuovo anno scolastico.

☐ Altro _____

(specificare la causale)

Banca di _____ Ag. N° _____

Codice IBAN intestatario del conto

(Si prega di scrivere i numeri e le lettere del codice IBAN in stampatello, in modo leggibile e BARRARE LO ZERO)

Roma, ___ /___ /201___ Firma _____

Dati del richiedente e intestatario del conto

Sig./ra _____

Via/P.zza _____

Cap_____ Cell. _____ Uff. _____

Spazio riservato alla segreteria

Rimborso autorizzato ☐ SI ☐ NO se no specificare il motivo _____

_____

Nome di chi ha istruito la pratica _____

ALLEGA IN QUESTO SPAZIO
LA RICEVUTA
DEL C/C ORIGINALE