Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il_____/_____/_____

Codice fiscale del genitore |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

genitore/trice dell'alunno/a _____

Frequentante nell'anno scolastico 20_____/ 20_____ la classe _____ sezione _____

CHIEDE

il rimborso del contributo scolastico di € _____come da allegata attestazione di versamento, per il seguente motivo:

DICHIARA

di scegliere la seguente modalità di pagamento per il corrispettivo del rimborso:
□ Accredito su c/c bancario / postale intestato o cointestato a:

_____

_____

COORDINATE BANCARIE IBAN

ID NAZ	CIN E	CIN	ABI	CAB	NR. C/C

Istituto bancario/postale _____ N°agenzia _____

Indirizzo _____ C.A.P.: _____

Città_____

Indirizzo per eventuali comunicazioni:

Sig./Sig.ra _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Tel/Cell. _____

Venezia, _____/_____/_____

_____
(FIRMA)