AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'IIS **"Enrico Mattei"** V. Rimembranze 26 S. Lazzaro di Savena BO

Io sottoscritto/a _____ Tel. _____

codice fiscale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] e-mail _____

- nato/a il [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] città _____ prov. _____
- residente in via/piazza _____ nr. _____

C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ] città _____ prov. _____

Genitore dell'alunn_ minorenne /maggiorenne _____

Nat_ a _ _____ il _____ classe attuale _____

C H I E D E IL RIMBORSO di € _____ già versata come contributo per

- ❑ iscrizione
- ❑ viaggio d'istruzione con destinazione _____
- ❑ Altro _____

Motivo della richiesta :

- ❑ Trasferimento
- ❑ Altro, mancata partecipazione causa _____

Scelta della modalità di rimborso

	Pagamento allo sportello (della Banca di Imola - ag. San Lazzaro di Savena)	
	Accredito su c/c bancario intestato o cointestato al richiedente - COORDINATE POSTALI/ BANCARIE - IBAN	

ID NAZ	CIN E	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Codice SWIFT BIC _____ (OBBLIGATORIO PER CONTO CORRENTE ESTERO)

istituto bancario _____ N° agenzia _____

indirizzo _____ città _____ C.A.P. _____

AVVISO:
Le modalità di pagamento
a mezzo bonifico bancario o postale sono soggette a spese a carico del beneficiario.

Si allega ricevuta di versamento in originale

San Lazzaro di Savena, lì _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

****

Riservato all'ufficio

VISTO	SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DI € _____	Progetto		Impegno	
				Mandato	

LA DIRETTRICE S.G.A.