

Direzione Istruzione
RICHIESTA DI RIMBORSO

CENTRO DI SOCIALIZZAZIONE E SOSTEGNO SCOLASTICO "SPAZIO INSIEME"

Il sottoscritto

Nome Cognome

nato a il Cod.Fiscale

residente Comune - indirizzo

Cell. Tel. Mail

genitore di

Nome Cognome

CHIEDE IL RIMBORSO

di €

per la seguente motivazione:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

si allega la seguente documentazione:

<input type="text"/>

MODALITA' DI RISCOSSIONE PRESCELTA

Accredito su C/C Bancario o Postale intestato al genitore richiedente

IBAN

Banca agenzia

Accredito su C/C Bancario o Postale intestato a soggetto diverso dal genitore richiedente

IBAN

Banca agenzia

Nome Cognome

nato a il Cod.Fiscale

residente Comune - indirizzo

data firma _____

N.B. La richiesta di rimborso deve essere effettuata dal genitore che ha iscritto il bambino