RICHIESTA
RIMBORSO CONTRIBUTO VOLONTARIO o ALTRO

Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo Statale 1 Selvazzano Dentro
Via Genova, 4
35030 Selvazzano Dentro Pd

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nato/a a _____(__) _____ il _____
(comune) *(prov.)* *[Stato estero]* *(data)*

residente a _____ (__) in Via_____ n. ____
(cap) *(comune)* *(prov)*

Tel. _____ cell _____

Mail _____

in qualità di genitore, o tutore dell'Alunno/a_____
(cognome) (nome)

☐ iscritto/a alla Scuola PRIMARIA del plesso: _____ classe ___ sezione __ - a.s. _____

☐ iscritto alla Scuola SECONDARIA di 1 grado

plesso: _____ classe ___ sezione __ - a.s. _____

c h i e d e

☐ **Il rimborso**_____

_____

A tal fine, **allega ricevuta del versamento** e indica la seguente modalità di riscossione:

☐ Accredito sul conto corrente bancario /postale.....Iban

I	T																														
paese		CheckDigit		Cin		Abi (5 cifre)							Cab (5 cifre)							n° Conto corrente (12 cifre)											

Dichiara, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ _____
(firma)