

MODULO RICHIESTA RIMBORSO VERSAMENTI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in Via _____ n. _____ Cap _____

Comune _____ Prov. _____

La sottoscritta _____

Nata a _____ Prov. _____ il _____

Residente in Via _____ n. _____ Cap _____

Comune _____ Prov. _____

In qualità di  **Genitori**  **Tutori**  **Affidatari**
dell'alunno/a _____ frequentante

la classe _____ sez. _____ A.S. _____ / _____ dell'I.I.S. VIA ALBERGOTTI 35

CHIEDONO

la restituzione dell'importo pari ad € _____, versato sul C/C

dell'istituto in data ____/____/____,

con la seguente causale: _____

Il rimborso dovrà essere accreditato all'intestatario Sig./Sig.ra

IBAN * _____

Denominazione Istituto di credito* _____

ABI * _____ CAB * _____

*Dati indispensabili

Firme richiedenti _____

Data, ____/____/____

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori e che la suddetta comunicazione è condivisa con il/la padre/madre di mio/a figlio/a"

Data ____/____/____ Firma del Genitore _____