AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO 2 BOLOGNA

Oggetto: DOMANDA RESTITUZIONE CONTRIBUTO SCOLASTICO - anno scolastico 202___/202___

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____/ _____/ _____

codice fiscale _____

abitante in _____ cap. _____

via _____ Tel./Cell _____

email _____

❑ Studente maggiorenne diretto interessato

❑ Genitore dello studente _____

codice fiscale studente _____

iscritto per l'anno scolastico _____/_____ alla classe _____

del plessso _____

CHIEDE

Il rimborso di € _____ versate a favore dell'ISTITUTO COMPRENSIVO 2 DI BOLOGNA" per il seguente motivo:

- ❑ TRASFERIMENTO PRESSO ALTRI ISTITUTI (lo studente non ha mai frequentato le lezioni nell' a.s. 20___/20___)
- ❑ DUPLICE PAGAMENTO
- ❑ ERRONEAMENTE VERSATO TRAMITE PAGO P.A.
- ❑ ALTRO _____

IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE TRAMITE:

❑ Accredito su c/c postale o ❑ Accredito su c/c bancario

Banca _____ Filiale _____

Coordinate IBAN:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Intestato a _____ _____
(cognome) *(nome)*

Si allega Ricevuta del versamento _____

Bologna, _____ _____
(firma del richiedente)