AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO SCIENTIFICO STATALE
"ARISTOTELE"
S E D E

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno _____nato a _____il _____

residente a _____ via _____ C.A.P. _____

tel. _____ frequentante nell'a.s. _____ la classe _____

con la presente chiede il rimborso del contributo versato per _____

_____

di €. _____

Si allega la ricevuta del bollettino c/c/ postale.

Per il rimborso si sceglie la seguente forma:

- o IN CONTANTI CON QUIETANZA DEL MEDESIMO - Si allega copia documento di riconoscimento (*)
- o ACCREDITAMENTO SU C/C/B O POSTALE:

  a tal fine si forniscono le coordinate IBAN che seguono:

ROMA, _____

_____
(firma)

(*) La somma potrà essere riscossa presso l'Istituto Cassiere del Liceo Aristotele
BANCA POPOLARE DI SONDRIO – Ag. ROMA SEDE Viale Cesare Pavese, 336

==========