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

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno _____nato a _____il _____

residente a _____ via _____ 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:

- IN CONTANTI CON QUIETANZA DEL MEDESIMO - Si allega copia documento di riconoscimento (*)
- 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

==========