Domanda di rimborso
**Contributo per l'Istituto**
]

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T.E.T. "A. CECCATO"

T H I E NE

[ ]

Il/la sottoscritto/a genitore _____ , nato

a _____il_____ e residente a _____

_____

Codice fiscale |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

domiciliato in via_____ Comune _____,

genitore dello/a studente_____ nato/a

a _____il_____, che ha versato il

**contributo per l'Istituto** di Euro _____ , ____ per la frequenza presso questa Scuola

nell'anno scolastico 20 _____/__,

**chiede il rimborso di €_____**

in quanto:

|__| **si trasferisce** ad altra scuola prima dell'inizio delle lezioni.

|__| **si ritira** dalla scuola prima dell'inizio delle lezioni.

|__| **si è ritirato/trasferito in data**_____.

|__| **non ha mai frequentato** le lezioni nell'anno scolastico per cui ha versato il contributo

|__| **versato per errore**

L'attestato del versamento è depositato presso la segreteria dell'Istituto.

**Il rimborso sarà effettuato sul c.c.bancario/postale intestato allo scrivente con il seguente Codice IBAN:**

|__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |