

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto d'Istruzione Superiore
"E. Fermi"
PIEVE DI CADORE

__l__ sottoscritt__ _____
genitore dell'alunn _____
nat__a_____ (__) il _____
residente a_____ (__) via _____
iscritto presso questo Istituto per l'a.s. _____ alla classe _____

CHIEDE

- IL RIMBORSO DELLE SOMME VERSATE pari ad € _____** per il seguente motivo:
1. somma versata erroneamente
 2. trasferimento presso altro Istituto
 3. ritiro iscrizione per rinuncia a proseguire gli studi
 4. _____

A tal fine comunica che l'IBAN su cui effettuare il versamento è:

CODICE IBAN _____
Intestato a: _____

data _____

firma _____