



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Il/La sottoscritto/a nato/a
il cell. genitore di
frequentante la:

Classe	Sezione	Indirizzo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHIEDE

a) **Il rimborso di €** **per i seguenti motivi:**

(barrare l'opzione che interessa)

- Non iscrizione per il successivo anno scolastico (ritiro o trasferimento presso altro Istituto);
- Rimborso somma per gita scolastica non effettuata;
- Altro:

b) che l'importo sopra specificato viene corrisposto con accredito in conto corrente identificato dal seguente CODICE IBAN (27 caratteri obbligatori)

Paese	Cin eur	CIN	ABI	CAB	Numero C/C
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- c) che il codice IBAN sopra indicato identifica il rapporto corrispondente con il proprio Istituto di Credito;
- d) di essere consapevole che l'ordine di pagamento da parte del Liceo Marconi si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario identificato dal codice IBAN sopra riportato;
- e) a comunicare tempestivamente eventuale variazione dei dati sopra rappresentati, fornendo, contestualmente, l'aggiornata certificazione rilasciata dall'Istituto di credito.

Allega fotocopia fronte/retro del documento d'identità, in corso di validità

Allega fotocopia ricevuta dell'avvenuto pagamento del contributo/imposta/tassa per il quale si chiede il rimborso.

Data:

Firma del richiedente