LICEO SCIENTIFICO STATALE "per progettare il tuo futuro" GALILEO GALILEI CATANIA	RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO	Documento:- M86 - A-5 Indice Rev.: 2 Data Rev.: 23/02/2018 Pagina 1 di 1

Al Dirigente Scolastico del
Liceo Scientifico Statale
"G. Galilei" – Catania

__l__ sottoscritto/a _____

nato a_____il_____

codice fiscale _____

padre/madre dell'alunno/a_____

della classe_____ sez _____,

domiciliat_____a_____Via_____n._____

CHIEDE

il rimborso del contributo scolastico di Euro _____ versato per l'anno

scolastico 20 ___ / 20____, per il seguente motivo:_____

_____

Telefono n. _____ Cellulare n. _____

Pertanto chiede che il rimborso venga effettuato secondo le seguenti modalità:

- Versamento sul c/c bancario: :

intestato a : _____

presso la banca _____

CODICE IBAN

Catania _____ FIRMA _____