

MODULO PER LA RICHIESTA RIMBORSO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "G. Ponti"
35010 Trebaseleghe

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____
genitore dell'alunno _____ iscritto alla classe _____ sezione _____
del plesso di _____ per l'anno scolastico _____

CHIEDE

alla S.V. il rimborso del pagamento relativo a _____
di € _____ per il seguente motivo: _____.
L'importo sarà rimborsato mediante accredito sul c/c BANCARIO o POSTALE N. _____
Intestato a _____

CODICE IBAN:

IT	CHECK	CIN	ABI	CAB	C/C

Allegati:

- ricevuta del pagamento
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

_____ li, _____

Firma

Si comunica che i dati da Voi forniti saranno trattati nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del GDPR UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente relativi alla tutela del trattamento dei dati personali.