AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ITTE " G. Galilei"
36071 Arzignano (VI)

Oggetto: richiesta di rimborso del contributo scolastico.

Il sottoscritto_____ _____
(cognome) (nome)

Nato a _____ **Provincia di** _____**il**_____

Residente a _____ **Provincia di** _____

Via _____ **n°**_____**tel**_____

CODICE FISCALE n° | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Padre/madre dello studente _____ _____
(cognome) (nome)

Iscritto alla classe _____ **sezione** _____ **di codesto Istituto per l' a.s.** _____**,**

C H I E D E

Il rimborso della somma di € _____**relativa al contributo versato a favore dell'Istituto**

Codice IBAN: IT 10 Y030 6960 1241 0000 0046 004.

Motivazione della richiesta di rimborso:

_____

_____

_____

Si allega originale del bollettino di versamento.

Firma del richiedente

Data _____ _____

ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali
Costruzioni, Ambiente e Territorio
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo

Galilei ARZIGNANO

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 🗎 0444 450920
Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it
www.galileiarzignano.edu.it

Visto, si esprime parere favorevole e si conferma che lo studente ha diritto al rimborso del contributo.
Arzignano, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Lucia Grieco