

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.S.I.S. "F. NIGHTINGALE"

31033 CASTELFRANCO V.TO (TV)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
codice fiscale _____
residente a _____ in via _____ n° _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a il _____
a _____
codice fiscale _____
frequentante la classe _____ nell'anno scolastico _____
numero di telefono _____

CHIEDE

il rimborso di € _____ per le seguenti motivazioni:

- ☐ MERITO SCOLASTICO
- ☐ RITIRO
- ☐ TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO ISTITUTO
- ☐ ALTRO (specificare) _____

Castelfranco V.to, _____

FIRMA

Chiede inoltre che la somma venga restituita a mezzo:

☐ Versamento su c/c bancario / postale

Intestatario del conto: Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____
codice fiscale _____
Via _____ N° _____ Città _____
Banca _____ Succursale di _____
Codice IBAN _____