

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
I.C. 16 VALPANTENA- VERONA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

c.f.

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Residenza : Via /Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RIMBORSO**

di € \_\_\_\_\_

causa \_\_\_\_\_

**Codice IBAN**

PAESE      CHECK     CIN         ABI

CAB

NUMERO C/C

Firma

\_\_\_\_\_

Verona, \_\_\_\_\_