

Al Dirigente Scolastico
L.S.S. "C. Cavour"
Via delle Carine, 1
00184 – Roma

Il / La sottoscritt.....
genitore dell' alunno/a.....
iscritto/a nell'Anno Scolastico alla classe..... sez.

CHIEDE

Il rimborso del contributo scolastico intestato all'Istituto per motivi di

IMPORTO

Roma,

In fede

Firma

.....

Recapito:

Via/P.zza

C.A.P. Città.....

Telefono..... Cellulare.....

CODICE IBAN

INTESTATO A

Si allega ricevuta di versamento SI

NO