Al Dirigente Scolastico del
Liceo Classico Stat. "Marco Minghetti"
Via Nazario Sauro, 18
40121 Bologna BO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ in data _____

residente a _____ C.A.P. _____ Prov. (____)

Codice Fiscale: _____

Via/Piazza _____ n° Telefonico _____

Genitore dello/a studente/ssa _____ iscritto/a per

l'anno scolastico _____ alla classe _____ Sez. _____ di codesto Liceo

CHIEDE

per il/la predetto/a figlio/a _____ il rimborso di

€ _____ versati a titolo di _____

per il seguente motivo _____

_____.

Ai fini del rimborso, indica qui di seguito i propri dati bancari/posta:

BANCA/BANCOPOSTA: _____

IBAN: ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

L'INTESTAZIONE CORRISPONDE AI DATI DEL/LA SOTTOSCRITTO/A

Alla presente richiesta allega copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento. Autorizzata codesta scuola al trattamento dei propri dati per la finalità sopra indicata.

Bologna, _____

Firma *

_____

Qualora la richiesta sia presentata tramite Fax, e-mail o posta, allegare fotocopia di un documento d'identità.