Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Adele Zara"
Via Marmolada 20
30034 Oriago di Mira VE

Il/la sottoscritto/a
Cognome Nome

nato/a il
Luogo di nascita Data di nascita

Codice fiscale

Genitore dell'alunno/a classe
Cognome Nome alunno/a

Chiede il rimborso di €
Importo in cifre importo in lettere

per il seguente motivo:

- ☐ Non ammissione alla classe successiva
- ☐ Trasferimento ad altra scuola
- ☐ Altro motivo: specificare

Oriago di Mira VE, li

firma leggibile

Recapito:
indirizzo: Via n.
Città CAP
tel. Cell.
e-mail

Banca / Posta

Azienda:
Indirizzo:
Codice IBAN riportare IBAN completo (codice alfanumerico da 27 battute)