CONSERVATORIO STATALE DI MUSICA CESARE POLLINI PADOVA

RIMBORSO TASSE SCOLASTICHE

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____

il _____ Nazionalità _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP_____

Via _____ n. _____

tel _____ cell._____ fax _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

COMUNICA I PROPRI DATI BANCARI

BANCA _____

IBAN:

ID NAZ		**CIN E**		**CIN**	**ABI**					**CAB**					**NUMERO CONTO**										

IL C/C BANCARIO E' INTESTATO:

COGNOME: _____

NOME: _____

GRADO DI PARENTELA CON LO STUDENTE: _____

Data _____ Firma _____