



RICHIESTA 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 _____

MOTIVO DEL RIMBORSO:

COMUNICA I PROPRI DATI BANCARI

BANCA _____

IBAN:

ID NAZ	CIN E	CI N	ABI	CAB	NUMERO CONTO

IL C/C BANCARIO E' INTESTATO:

COGNOME: _____

NOME: _____

GRADO DI PARENTELA CON LO STUDENTE: _____

Data _____

Firma _____