



OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_

CHIEDE

IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO DI € \_\_\_\_\_ VERSATO PER

MODALITA' DEL RIMBORSO:

VERSAMENTO SUL C/C BANCARIO O POSTALE **(SPESE DI BONIFICO A CARICO DEL BENEFICIARIO)**

BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_

COORDINATE DI ACCREDITO

Paese	Ceck	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

DENOMINAZIONE BANCA

\_\_\_\_\_

DATI DEL RICHIEDENTE:

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

MONZA, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D. L.vo 196/2003, l'ITCG "Achille Mapelli" al trattamento dei dati personali generali e sensibili ai fini dell'espletamento del rimborso sopraindicato.