



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.