

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto "G. CARDUCCI"  
**COMISO**

**OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Il rimborso di € \_\_\_\_\_ relativo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da accreditare presso la Banca \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Comiso, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F I R M A**