Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo VIA PALESTRO Abbiategrasso

Oggetto: Richiesta rimborso **Classe Terza** – **Sezione:** \_\_\_\_\_\_ **Scuola Secondaria di I grado**

Alunno - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **COGNOME****NOME**

IL SOTTOSCRITTO genitore del predetto alunno

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME***(Intestatario del Conto Corrente)* |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **COMUNE DI NASCITA** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NUMERO CELLULARE** |  |
| **EMAIL** |  |
| **Codice IBAN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paese | Cin Euro | Cin IT | ABI | CAB | NUMERO CONTO |

CHIEDE

il rimborso delle seguenti quote corrisposte per Esame Trinity non sostenuto:

□ 71,00 euro

Allega Carta di Identità

 Firma leggibile

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da inviare a miic8e900v@istruzione.it con il seguente oggetto: RICHIESTA RIMBORSO TRINITY