Al Dirigente scolastico del

LICEO CLASSICO STATALE

“JACOPO STELLINI”

UDINE

Il sottoscritto:

nato a il

codice fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente a: provincia di CAP

in via:

in qualità di genitore di:

frequentante la classe: \_\_\_\_sezione: \_\_\_\_\_ anno scolastico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso di euro \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_/00) versati tramite **PagOnline** con la seguente causale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la seguente motivazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega:

* **Documento di identità del sottoscrittore**

Il rimborso della quota versata avviene tramite una delle modalità sotto riportate;

(si prega di barrare quella prescelta)

* Accredito in c/c **BANCARIO** (indicare codice IBAN completo)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | CIN | C | ABI | CAB | Numero conto corrente |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogo e data,

 *Firma del sottoscrittore*