

Sede Odescalchi

Sede Oceano Indiano

Sede Argoli

Genitore dello Studente minore

Il/La sottoscritt _____

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO) _____

genitore dello studente _____

nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

frequentante la classe _____ sezione _____ nell'anno scolastico _____

Studente maggiorenne

Il/La sottoscritt _____

nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

frequentante la classe _____ sezione _____ nell'anno scolastico _____

CHIEDE

il rimborso della quota versata per la partecipazione al corso REVIT

a seguito di: mancato avvio del corso suddetto

altra motivazione (specificare)

Il/La sottoscritt _____ comunica la seguente modalità di riscossione del rimborso suddetto:

accreditalimento sul c/c corrente bancario / postale n° _____

intestato a: _____

presso la banca / ufficio postale: _____

Codice IBAN

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Roma, ____ / ____ / 20____

Firma _____