

Al Dirigente Scolastico
 dell'IISS CARAVAGGIO
 Viale C.T. Odescalchi, 75 – 00147 Roma

Sede Odescalchi

Sede Oceano Indiano

Sede Argoli

Studente minore

Il/La sottoscritt _____

genitore dello studente _____

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

frequentante la classe _____ sezione _____ nell'anno scolastico _____

Studente maggiorenne

Il/La sottoscritt _____

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

frequentante la classe _____ sezione _____ nell'anno scolastico _____

CHIEDE

il rimborso del contributo volontario già versato sul conto corrente postale di codesto Istituto per:

iscrizione relativa all'anno scolastico 20____/20____,

(altro) _____

a seguito di:

trasferimento presso altra istituzione scolastica

(altro) _____

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 _____