****

# Al Dirigente Scolastico IC Druento

## RICHIESTA DI RIMBORSO

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………

(cognome e nome in stampatello)

genitore dell’alunno ……………………………………………………………………………………………………………..

(cognome e nome in stampatello)

iscritto/a alla classe ………………… sezione……………………

## C H I E D E

**il rimborso della quota pari a €**

PER l’attività **NON effettuata** per il seguente motivo: Codice IBAN sul quale effettuare il rimborso:



Nome banca Agenzia di

Druento,

FIRMA

(firma del dichiarante)

## Riservato alla Segreteria :

* **ammesso al rimborso**
* **NON** ammesso al rimborso

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Barbara SALETTI