

Al Dirigente scolastico
Dell'istituto Superiore di Stato Servizi Socio Sanitari
I.P.S.S.S. "Edmondo De Amicis"
Via Galvani, 6 00153 Roma

Oggetto:

Rimborso iscrizione _____ **anno scolastico** _____

__ I sottoscritt__ alunno _____

nat__ in _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente in _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ n° _____ telefono _____

Frequentante la classe ____ sez ____ Odontotecnica / Ottica / Meccanica - Sede / Succursale

Chiede: il rimborso della somma di lire _____

Versate per: _____

Roma, lì _____

Firma

Da compilare a cura del genitore a chi ne fa le veci solo se trattasi di alunno minorenne

__ I sottoscritt _____

nat__ in _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente in _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ n° _____ telefono _____

Chiede: il rimborso di cui sopra per __1__ figlio/a _____

Roma, lì _____

Firma

Modalità di pagamento

/___/ in contanti presso il Monte dei Paschi di Siena Ag. 6 – Via Ostiense, 6 Roma

/___/ con accreditalmento in c/c bancario n° _____ intrattenuto presso

banca: _____ Ag. N° _____

coordinate bancarie: Cod. ABI _____ Cod.CAB _____