AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO SCIENTIFICO – CLASSICO STATALE
"DEMOCRITO "
VIALE PRASSILLA, 79
00124 ROMA (RM)

Oggetto: DOMANDA RESTITUZIONE CONTRIBUTO SCOLASTICO - anno scolastico 202___/202___

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____/_____/_____

codice fiscale _____

abitante in _____ cap. _____

via _____ Tel._____

☐ Studente maggiorenne diretto interessato

☐ Genitore dello studente _____

codice fiscale studente _____

iscritto per l'anno scolastico _____/_____ alla classe _____ presso l'ISTITUTO LICEO SCIENTIFICO – CLASSICO "DEMOCRITO" dl ROMA

CHIEDE

Il rimborso di € _____ versate a favore del Liceo il seguente motivo:

- ☐ TRASFERIMENTO PRESSO ALTRI ISTITUTI (lo studente non ha mai frequentato le lezioni nell' a.s. 20___/20___)
- ☐ DUPLICE PAGAMENTO
- ☐ ERRONEAMENTE VERSATO SUL C/C DEL LICEO
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____

☐ IL RIMBORSO POTRA' AVVENIRE TRAMITE:

☐ Accredito su c/c postale o ☐ Accredito su c/c bancario

Banca _____ Fil. _____

Coordinate IBAN :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestato a _____ _____ _____
(cognome) (nome) (codice fiscale)

Allegati : Ricevuta del versamento di _____

Tel./cell_____

ROMA, _____

_____
(firma del richiedente)