

Al Dirigente Scolastico dell'I. C.
"L. Da Vinci" di Olevano sul Tusciano

Il sottoscritt_ _____ nato a _____

Il _____ c. f. _____ e residente a
_____ in Via _____

Tutore dell'alunn_ _____

Nat_ a _____ il _____ residente in
_____ iscritt_ alla classe _____

Chiede

Il rimborso della/e quota/e versata/e per la partecipazione al viaggio di istruzione/stage in
_____ per un importo di € _____

Si chiede che il rimborso venga effettuato:

con accredito c/c bancario IBAN N. _____ (*)

con accredito c/c postale IBAN N. _____ (*)

(*) Il richiedente DEVE essere l'intestatario del conto e, nel caso in cui il conto sia cointestato,
inserire i dati dell'altro intestatario:

Si allega:

Certificato medico

Ricevuta Telematica PagoPA

Olevano sul Tusciano, _____

IN FEDE

N.B.: Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e completo di copia documento di identità, deve essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica:

saic86400a@istruzione.it