



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ALCIDE DE GASPERI"
VIA MATTEO BANDELLO 30 – 00137 ROMA
TEL. 06.87137117 – FAX 06.87131100 E-MAIL:RMIC8EJ00R@ISTRUZIONE.IT
CODICE MECCANOGRAFICO: RMIC8EJ00R – C. F. 97712630587

MODULO PER RICHIESTA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

codice fiscale: _____ residente a _____ (____)

in via _____ n. _____ cap. _____

in qualità di:

genitore dell'alunno/a _____

iscritto alla classe _____ sez. _____ della scuola _____

di codesto Istituto nell'anno scolastico _____ / _____

docente

personale ATA

CHIEDE

in seguito a _____

il rimborso di € _____ versato per _____

Comunica il codice IBAN sul quale accreditare la somma richiesta:

conto intestato a _____ C.F.: _____

Allega copia ricevuta di versamento.

Roma, _____

Firma _____

Recapiti:

Telefono: _____

email: _____