Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo

"LIDO DEL FARO" di Fiumicino

rmic8dn00d@istruzione.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. (_____) cod. fisc. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

residente a _____ in via _____

n. telefonico_____ padre/madre dell'alunno/a

_____ della classe _____ plesso_____

CHIEDE

il rimborso della somma di euro _____ a fronte del pagamento della quota

per viaggio di istruzione/visita guidata a _____

a.s. 20____/20____.

A tal fine chiede che il rimborso venga accreditato sul seguente conto corrente bancario:

IBAN:

Paese **Cin Iban** **Cin Iban** **Codice ABI** **Codice CAB** **Numero di Conto Corrente (*con gli zeri iniziali*)**

Beneficiario: _____

Istituto Bancario _____

Data, _____ Firma

_____

Si allega copia della ricevuta del pagamento effettuato