Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale
FABRIZIO DE ANDRE'
Brescia

Il/La sottoscritt_ _____

nat_ a_____prov._____il _____

Cod. Fiscale _____

genitore dell'alunn_ _____

iscritt_ per l'a.s._____/_____alla classe____sez.____indirizzo _____

CHIEDE

il rimborso del versamento effettuato nell'a.s._____/_____e versato a favore di questo Liceo di

€_____con la seguente causale: _____

N.B. INDICARE LE COORDINATE IBAN PER L'ACCREDITAMENTO SUL C/C BANCARIO

I	T																									

Brescia,_____/____/_____

Firma alunn_ Firma genitore

_____ _____
(solo alunni maggiorenni)

ALLA PRESENTE RICHIESTA ALLEGARE COPIA DELLE RICEVUTA DEL VERSAMENTO