

# RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTI VARI

---

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scientifico Statale "Antonio Pacinotti"  
Cagliari

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

alunno/a maggiorenne

madre -  padre dell'alunno minore \_\_\_\_\_ nato/a\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe \_\_\_ sez. \_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_/\_\_\_ di questo istituto

**CHIEDE**

alla S.V. il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ versata all'istituto

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

Allego alla presente originale e/o copia della ricevuta del versamento effettuato.

Modalità di rimborso c/c bancario e/o postale:

intestato a: \_\_\_\_\_

con il seguente IBAN: \_\_\_\_\_

Cagliari, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

## Parte riservata all'ufficio

Verificato uff. didattica:  si autorizza \_\_\_\_\_

non si autorizza \_\_\_\_\_