

ISTITUTO COMPRESIVO DI CASTELLAMONTE  
Via Trabucco 15 10081  
Castellamonte (To)

RICHIESTA RIMBORSO

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di Castellamonte

STUDENTE

CLASSE

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

genitore dell'alunno/a sopra indicato

**CHIEDE**

il rimborso di **EURO** \_\_\_\_\_ versato quale contributo per:

USCITA DIDATTICA \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di scegliere per il corrispettivo del rimborso la seguente modalità:

**Accredito su c/c bancario/postale** INTESTATO A

**DATI INTESTATARIO CONTO CORRENTE**

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
RESIDENZA	
CODICE IBAN	

**A tal fine allega la FOTOCOPIA DEL CODICE IBAN**

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_