

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Istruzione Superiore  
Corinaldesi - Padovano  
Senigallia

**OGGETTO: Richiesta di rimborso contributo scolastico Istituto**

Il/La

sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome dell'alunno/a se maggiorenne, in caso contrario del genitore)

Alunno/a

Genitore

Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

a codesto Istituto il rimborso del contributo scolastico di € \_\_\_\_\_

pagato per l'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Corso \_\_\_\_\_

Senigallia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

Intestatario Conto \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

C.C.P. \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

N.B. Se pagamento non effettuato con modalità "Pago in Rete" allegare contabile di versamento.