



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ROSETTA ROSSI"**  
 Infanzia – Primaria - Secondaria I Grado – Sezione Ospedaliera "San Camillo"  
 Via F. Borromeo 53/57 C.A.P. 00168 ROMA ☎ /fax 06/6281239 - 06/6145764  
[rmic8g300n@istruzione.it](mailto:rmic8g300n@istruzione.it); [rmic8g300n@pec.istruzione.it](mailto:rmic8g300n@pec.istruzione.it)  
 C.M. RMIC8G300N – C.F. 97714010580

Al Dirigente Scolastico

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Il richiedente DEVE essere l'intestatario del bollettino di versamento oppure il genitore, nel caso in cui il bollettino sia stato intestato allo studente.

NATO/A \_\_\_\_\_ ( ), IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

GENITORE DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

IL RIMBORSO DELLA QUOTA VERSATA A MEZZO \_\_\_\_\_

PER L'A.S. \_\_\_\_\_ DI € \_\_\_\_\_ PER \_\_\_\_\_

COMUNICA IL PROPRIO CODICE IBAN SUL QUALE EFFETTUARE IL VERSAMENTO:

Cod. Paese	Check Digit	Ci n	Codice ABI	Codice CAB	Numero Conto Corrente																
I	T																				

IST. BANCARIO/UFF. POSTALE \_\_\_\_\_

si allega copia del versamento (obbligatorio)

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** Il modulo DEVE essere compilato in ogni sua parte.

Nel caso in cui il presente modulo non sia stato compilato correttamente in ogni sua parte, l'Istituto non potrà procedere al rimborso di quanto richiesto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 PROF. PAOLA CORTELLESA