

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 CORTELLESSA