Alla Dirigente Scolastica

Istituto Comprensivo

“S. Satta”

Carbonia

**Oggetto**: **RICHIESTA RIMBORSO QUOTA ECCEDENTE VIAGGIO DI ISTRUZIONE EMILIA ROMAGNA A.S. 2024/2025**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

L’accredito del rimborso pari ad **€ 35,00** sulle coordinate bancarie di seguito indicate

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigla paese  | Numeri di controllo  | CIN  | ABI | CAB | C/C |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intestato a  |  |
| C.F. INTESTATARIO |  |
| Nato a  |  |
| IL  |  |
| Residenza (Italia-Estero) |  |

**Si dichiara di essere consapevoli che se tutti i campi indicati non verranno debitamente compilati in modo chiaro e preciso il rimborso non sarà accreditato.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA