Al Sig. Dirigente Scolastico
ITCG "GALIANI – de STERLICH
CHIETI

... l ... sottoscritt ... .

genitore dell'alunn... .....

della classe ..... di Codesto Istituto,

C H I E D E

Il rimborso della quota di € ..... versata per .....

.....

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

... l ... sottoscritt ...

Cognome ..... Nome.....

Nat ... a ..... Prov. ..... il .....

Codice fiscale

Residente in (Via,Largo,Piazza) .....

CAP ..... Comune ..... Prov. .....

Domiciliato in (se diverso dalla residenza) .....

CAP ..... Comune ..... Prov. .....

Tel. fisso ..... Tel. cellulare .....

Fax ..... e-mail .....

Chiede che le proprie competenze vengano corrisposte con accredito in conto corrente identificato dal seguente CODICE IBAN (27 caratteri obbligatori):

Paese | Cinlban | Cin Bban | Codice ABI | Codice CAB | Numero di Conto Corrente (con gli zeri iniziali)

Beneficiario (intestato a) : .....

BANCA ..... AGENZIA .....

Data .....

Firma .....