

Al Dirigente Scolastico
LICEO STATALE "REGINA MARGHERITA"
Via Valperga Caluso, 12
10125 TORINO

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ Provincia (_____) C.A.P. _____
Via/C.so/P.zza _____
Genitore dell'alunno/a _____ classe _____
N. tel./ cell. _____

CHIEDE

Il rimborso di € _____ versati per:

- ISCRIZIONE AL CORSO _____
- SOGGIORNO A _____
- GITA A _____
- ALTRO _____

MODALITA' DI RIMBORSO

Accreditamento sul proprio conto corrente Bancario o Postale intestato al/alla Sig./Sig.ra:

Nome Banca o Uff. Postale																				
Cod. paese		Cin euro		cin	ABI				CAB				N. CONTO (12 CARATTERI)							

Torino _____

Firma
