

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"NELSON MANDELA"
DI CASTELNOVO NE' MONTI

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore /tutore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

n. _____ Cap _____ pr. _____ tel. _____

iscritto per l'a.s. _____ alla classe _____ di Castelnuovo ne' Monti (RE)

CHIEDE

L'accredito di €. _____ / _____ (in cifre) _____ (in lettere)

Per il rimborso di _____

DATI PER L'ACCREDITO IN C/C BANCARIO/POSTALE

CODICE IBAN: _____

BANCA: _____

C.C.B. INTESTATO A _____

C.F. GENITORE _____

(si allega copia dell'IBAN bancario)

DATA: _____

FIRMA
