Al Dirigente Scolastico

Dell’I.C. “Via Poseidone”

Roma

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………….nato a………………………………………………… il ………………………………………. Cod. Fisc. ………………………………………………………………………………………………………….. cell. ………………………………………… Genitore dell’ alunno/a ………………………………………………………………………………. Classe ………… sez. …………….. Plesso ……………………………………………………………………………………………………………….

CHIEDE

Il rimborso, al netto delle spese, relative alle attività pomeridiane per il progetto Trinity/Delf a.s. 2019/2020 svolte nel periodo febbraio/marzo 2020.

Si prega voler allegare copia del versamento effettuato sul conto corrente postale di questa Istituzione Scolastica.

A tal fine comunica il codice IBAN del conto corrente bancario/postale

intestato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Non sono ammessi bonifici su libretti postali o carte pre-pagate.

Roma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_