AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO
COMPRENSIVO STATALE "ELIO VITTORINI"
SAN PIETRO CLARENZA (CT)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

_____ _____
Cognome ***Nome***

GENITORE DELL'ALUNN_ _____

NAT_ A _____ IL_____

FREQUENTANTE LA CLASSE_____ SEZ._____

Residente a _____ Via _____n. _____

Tel _____indirizzo email _____

VISTA L'INTERRUZIONE DIDATTICA CAUSATA DAL COVID 19 E NON ESSENDO STATO REALIZZATO IL SEGUENTE PROGETTO:

☐ ***PROGETTO LINGUA INGLESE SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2019/20***
☐ ***PROGETTO PSICOMOTRICITA' SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2019/20***

CHIEDE

IL RIMBORSO DELLA QUOTA VERSATA importo pari a €_____,_____ .

DICHIARA CHE IL VERSAMENTO E' STATO ESEGUITO

☐ ***Con bollettino cumulativo di € _____,_____ eseguito da _____***
☐ ***Con bollettino singolo di € _____,_____eseguito da _____***

A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

CHE L'IMPORTO DOVRA' ESSERE VERSATO SU:

C/C CORRENTE INTESTATO A: _____

Codice Fiscale_____

PRESSO ISTITUTO BANCARIO/POSTALE*:

_____

Che il codice IBAN è il seguente: (27 caratteri obbligatori)

Paese		Chek		Cin	ABI					CAB					N. CONTO											
I	T																									

Data_____

FIRMA_____

Conti correnti postali/bancari Postapay evolution, No carta libretto o altre Postapay