



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I. I. S. "Evangelista Torricelli"

RMIS11400V Distretto 26 – XIII Municipio C. F. 97846640585

e-mail: rmis11400v@istruzione.it - pec: rmis11400v@pec.istruzione.it

Sede centrale: Via del Forte Braschi, 99 - 00167 Roma - Tel. 06 121127200/1

Succursali: Via Federico Borromeo, 67/B - 00168 Roma - Tel. 06 121127650
Via Cesare Lombroso, 120 - 00168 Roma - Tel. 06 121123400

RICHIESTA RIMBORSO A.S. 2017/2018

*(1) Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in via _____

IBAN

--

Genitore dell'allunno/a _____

iscritto/a alla classe _____ Sez. _____ nell'a.s. _____

Sede _____

CHIEDE

Il rimborso del contributo di € _____ versato sul c/c postale n. **001029684378** o c/c bancario n. **100000046060** a favore di codesto Istituto, per il seguente motivo:

- 1 Ritiro dagli studi;
- 2 Trasferimento ad altro Istituto (indicare quale) _____
- 3 Altri motivi _____

Si allega ricevuta del bollettino di c/c:

*(1) Si prega di compilare **con esattezza tutti** i dati anagrafici del genitore **al quale verrà intestato il rimborso.**

Roma, _____

Firma del genitore
