Chioggia, _____

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Cestari – Righi"
B.go San Giovanni, 12
CHIOGGIA (VE)

Oggetto: Richiesta rimborso Trinity.

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

il _____ genitore dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante nell'anno scolastico 20_____/20_____ la classe _____ presso questo Istituto

C H I E D E

Il rimborso della somma versata per:

☐ esame Trinity Euro _____(indicare la cifra)

☐ lezioni corso Trinity non effettuate.

1 - Coordinate bancarie internazionali (IBAN): (allegare fotocopia delle coordinate)

BANCA _____

Intestatario del conto _____

2 - Fotocopia Codice fiscale dell'intestatario del conto

3 - Telefono dell'intestatario del conto: _____ **cell.** _____

_____
firma

rp