

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO SCIENTIFICO "A. ORIANI"
RAVENNA

Il sottoscritto/a

nato a il

C.F. :

genitore dell'alunno/a

frequentante la classe sez. indirizzo: Scientifico Scienze Applicate Sportivo

CHIEDE

il rimborso del contributo d'Istituto di Euro (di cui si allega ricevuta del versamento), per il seguente motivo:

Inoltre, DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a, per l'A.S. in corso:

NON ha mai frequentato le lezioni

HA frequentato le lezioni fino al

Si comunica che il rimborso del contributo volontario verrà erogato, in caso di richiesta ad anno scolastico avviato, SOLO a coloro che NON abbiano frequentato o abbiano frequentato le lezioni per un massimo di giorni 30.

Ravenna,

In fede

COORDINATE BANCARIE:

C/C INTESSTATO A

BANCA

Coord. IBAN