

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**LICEO SCIENTIFICO “G. MARINELLI”**  
**Viale Leonardo da Vinci, 4**  
**33100 UDINE**

**Oggetto: RICHIESTA RIMBORSO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

genitore dell'allievo/a

frequentante nell'anno scolastico / la classe sez.

# CHIEDE

che il rimborso dovuto pari all'importo di € \_\_\_\_\_;

per \_\_\_\_\_ (inserire la causale)

venga effettuato con la seguente modalità di pagamento (barrare la tipologia interessata):

Accredito su c/c ☐ bancario ☐ postale

[illegible]

**totale = n° 27 cifre alfanumeriche (Paese/Cin Eur/Cin/Abi/Cab/N°conto)**

Udine, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma