

**Istituto di Istruzione Superiore “B. RUSSELL”**

Cod. Mecc. MIIS011002 – C.F. 97270270156

Liceo Scientifico – Via San Carlo 19 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

tel. 02-9953147 – e-mail miis011002@istruzione.it – PEC: miis011002@pec.istruzione.it

Liceo Artistico – Via S. Allende 2 – 20020 Arese (MI) – tel. 02-93581514



MODULO RICHIESTA RIMBORSO

Data :

--

Oggetto: Richiesta rimborso

Il/La sottoscritto/a: _____

Genitore dello/a studente/ssa :

della classe : Liceo scientifico ☐ Liceo artistico ☐

CHIEDE

Il rimborso della quota versata di Euro: (della quale allego/a copia bollettino)

Relativa all'anno scolastico :

Causale richiesta rimborso:

- ☐ CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE PER RITIRO / TRASFERIMENTO c/o ALTRO ISTITUTO
(per il rimborso verrà valutato il periodo di frequenza)

- ☐
- RITIRO DALL'ATTIVITA' /CORSO

- ☐
- RITIRO DAL VIAGGIO D'ISTRUZIONE/STAGE

- ☐ SOMMA VERSATA ERRONEAMENTE SUL C/C POSTALE 20931267

- ☐ ALTRO (indicare la causale):

Per quanto sopra comunico le coordinate bancarie necessarie per effettuare il rimborso attraverso bonifico su conto corrente:

BANCA :

Conto Corrente numero :

intestato a :

Codice IBAN : (obbligatorio)

[illegible]

Distinti saluti

Firma _____