

RICHIESTA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov (____) il ____/____/____ residente a _____
cap _____ Prov (____) in Via _____ n _____
codice fiscale _____
e-mail/PEC _____ tel/cell. _____,
genitore dell'alunn _____
frequentante la classe _____

CHIEDE

il rimborso di euro _____, _____
si specificando di seguito i motivi della richiesta del rimborso: _____

BONIFICO BANCARIO

sul c/c intestato al soggetto sopraindicato che ha effettuato il versamento

Nome/Cognome _____

BANCA _____

AGENZIA/FILIALE _____

PAESE	Cin eur	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE																		

Allega obbligatoriamente alla presente:

- 1) Copia della ricevuta attestante il versamento per il quale viene richiesto il rimborso;
- 2) copia del documento di identità in corso di validità;

In tema di tutela della riservatezza, dichiara di essere a conoscenza che i dati personali contenuti nella presente richiesta di rimborso saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e a tal fine autorizza al trattamento dei dati personali. Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa presente sul sito dell'Ente.

Lecce, ____/____/____

firma _____