ISTITUTO COMPRENSIVO CAMBIANO
TOIC85600B
C.F. 90018760018
Viale Roma, 5 - CAMBIANO (TO)
TEL. 0119440236 FAX. 0119457126
Mail:TOIC85600B@ISTRUZIONE.IT - TOIC85600B@pec.istruzione.it

RICHIESTA RIMBORSO

___L___sottoscritt_____

nato/a a_____il_____

residente a ___in_____

CAP_____Tel._____

Codice Fiscale _____

Mail_____

Genitore dell' alunno/a_____

Classe_____sez. _____scuola _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di richiedere il rimborso di € _____

relativo alla causale _____

per il seguente motivo _____

□ C/C BANCARIO □ C/C POSTALE

INTESTATO A_____

Presso la Banca/Posta _____

Agenzia di _____

IBAN

Informativa ai sensi del D.L.vo n. 196/2003 (ex legge 675/1996)
I dati personali riportati sul presente modulo saranno inseriti nella banca dati del nostro Centro Informatico e saranno utilizzati per il pagamento delle competenze spettanti e per gli adempimenti amministrativi, fiscali e contabili a cui è tenuto ad adempiere l'Inpdap, nel pieno rispetto di quanto stabiliti dal D.Lvo 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

Data,_____ FIRMA

_____