Apporre la marca da bollo da **2,00** se l'importo supera€ 77,47

Alla DIRIGENTE
ISTITUTO COMPRENSIVO VALLE DI LEDRO
Via G.Falcone e P.Borsellino n.2
38067 LEDRO

Oggetto: richiesta di rimborso.

Il/la sottoscritto/a	
Responsabile dell'alunno/a	
CODICE FISCALE alunno/a	
Iscritto alla classe/scuola	

C H I E D E

Il rimborso dell'importo di € _____ pagato all'Istituto per la seguente attività:

□ Viaggio d'istruzione
(specificare luogo e periodo)

□ Attività integrative/facoltative
(specificare tipologia. Es.: corso di nuoto, fondo, ecc.)

□ Altro

Motivo della richiesta:
□ Rinuncia al viaggio
□ Ritiro per motivi di salute
Altro:

Dati per l'accredito bancario:

Nominativo intestatario conto corrente	
Codice Fiscale	
Istituto di Credito:	
sede di	

Codice IBAN

Il sottoscritto assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 delle Legge 13.8.2010, n. 136 e successive modifiche.
Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 conferisce espressamente il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data	Firma

RISERVATO ALL'UFFICIO:

Acquisito al protocollo n.
dd.

Vista la richiesta: SI AUTORIZZA IL RIMBORSO DI €_____

LA DIRIGENTE
(dott.ssa Maroni Paola)

Ai sensi dell'art.15 del Regolamento sulle modalità di esercizio dell'autonomia finanziaria delle istituzioni scolastiche e formative provinciali, si attesta la regolarità contabile del presente atto di impegno della spesa.

LA RESPONSABILE AMMINISTRATIVA
(dott.ssa Rita Di Ruscio)