L'ESPERIENZA MAESTRA VERA

Liceo Scientifico Statale "Leonardo"

liceo artistico - liceo linguistico - liceo scientifico delle scienze applicate

Via F. Balestrieri, 6 - 25124 Brescia

M.07.01.13

Richiesta di Trasferimento/Ritiro e Rimborso

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO SCIENTIFICO STATALE "LEONARDO"
BRESCIA

Il/la sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____

iscritto/a alla classe____ Sez___ anno scolastico 20__/20__

CHIEDE

☐ il TRASFERIMENTO del/della proprio/a figlio/a a partire dal ____/____/_____

☐ Presso l'Istituto _____

☐ il RITIRO del/della proprio/a figlio/a a partire dal ____/____/_____ (per studenti con età maggiore di 16 anni)

Dichiara inoltre che il/la proprio/a figlio/a, essendo minore di anni 18, assolverà l'obbligo formativo:

☐ Intende provvedere a impartire personalmente attività formativa.
☐ Presso la ditta _____in qualità_____

☐ CHIEDE IL RIMBORSO DEL CONTRIBUTO SCOLASTICO

(entro i termini indicati dalla delibera n. 28 del 19/12/2019)

☐ con accredito sul C/C Bancario/Postale: _____

Cod. Iban |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|

Scrivere in modo chiaro e leggibile lettere e numeri

Intestatario/a del conto: _____ _____
Cognome Nome

C.F. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a a _____ Prov. ___ il ____/____/_____

residente a _____ Prov. _____ cap_____

Via _____ n. _____

tel. / cell. _____ e-mail _____

Brescia, _____ _____
firma

Riservato all'ufficio:	Importo rimborsato € _____