Alla Dirigente Scolastica

dell'Istituto Comprensivo di Strambino

Io sottoscritt _ _____ nat_ il _____

a _____, Codice fiscale _____,

indirizzo email _____, residente a _____

cap. _____ in via _____ n. _____ genitore dell'alunn ___

_____, iscritt __ nell'a. s. _____ alla classe _____ della scuola

☐ dell'Infanzia di _____, ☐ Primaria di _____, ☐ Secondaria di I Grado

CHIEDO IL RIMBORSO

☐ di € _____ per Diario Scolastico

☐ di € _____ per per Assicurazione

☐ di € _____ per per Prestito d'uso

☐ di € _____ per Contributo Volontario

☐ di € _____ per _____

☐ di € _____ per _____

(N.B.: <u>per i viaggi di istruzione specificare a quale uscita si riferisce</u>) _____

INDICARE LE MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA _____

Chiedo che il rimborso sia effettuato:

☐ sul c/c bancario presso: _____

☐ sul c/c postale presso: _____

- Intestato a: _____

(il conto corrente deve essere intestato al richiedente)

IBAN:																											

Dichiara: di aver acquisito, in data odierna, le informazioni fornite dal Titolare ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, le stesse anche reperibili al link http://www.icstrambino.edu.it/informativa-privacy/

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle istruzioni relative al trattamento che effettuerà il Titolare, le stesse reperibili nella sopracitata sezione del sito.

Strambino, _____

_____

Firma