********

Presidenza e Segreteria: Via Consolare Antica snc 98071 CAPO D'ORLANDO (ME) - Codice Fiscale 84005360833 – Codice Meccanografico MEIS028004
Tel. 0941/902103 – E-Mail: meis028004@istruzione.it pec: meis028004@pec.istruzione.it Sito: http://www.iislspiccolo.edu.it

SEDI ASSOCIATE

LICEO ARTISTICO - I.P.A.A. – ODONTOTECNICO C/da S. Lucia, 34 - Capo d’Orlando (ME) Tel. 0941/901050

**Allegato 2**

**RICHIESTA RIMBORSO VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

**II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**iscritto/a alla classe sez. per l'anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NON Autorizza il proprio figlio a partecipare al viaggio d’istruzione che si terrà presumibilmente nel periodo dal 03/04/2019 al 17/04/2019 e, pertanto, chiede il rimborso della quota versata, di € \_\_\_,\_\_\_ come da allegata ricevuta di versamento, da effettuare a mezzo bonifico in conto corrente bancario o postale intestato a:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato/a a il**

**C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**