

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

chiede il rimborso della cifra di \_\_\_\_\_ € versata per:

**VIAGGIO DIISTRUZIONE** a \_\_\_\_\_ previsto il \_\_\_\_\_ non più effettuato per il

seguinte motivo: **Contenimento contagio per COVID 19 ai sensi del DPCM 1/3/2020**

**Al fine della liquidazione richiede che il rimborso sia effettuato :**

sul c/c bancario/postale n° \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_  
presso la Banca \_\_\_\_\_

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

(Il codice IBAN è composto di 27 caratteri e dal 01/01/2008 è obbligatorio per poter effettuare i bonifici)

\*Allegare documento di identità in corso di validità, codice fiscale, copie dei bonifici di pagamento effettuati.

Roma, .....

Firma .....