Istituto di Istruzione Superiore Galilei Pacinotti
Via Benedetto Croce, 32/34 – 56125 Pisa
C.M. PIIS00700E C.F. 93089150507
Tel. 050/23230-050/23520 Fax 050/23240-050/40848
e-mail *piis00700e@istruzione.it*
pec*piis00700e@pec.istruzione.it*

RICHIESTA RIMBORSO VIAGGIO DI ISTRUZIONE

Il sottoscritto…… nato a ……..
il …… residente a …….....CAP.....
in via …….…. Telefono/cellulare ……..……
Codice fiscale ……

GENITORE

Dell'alunno/a……
frequentante la classe/sezione ……della scuola (indicare il plesso) ……

CHIEDE IL RIMBORSO

della quota di € …… versata
per il viaggio d'istruzione a …….
prevista dal ……..…….. al ……
sul conto corrente bancario/postale intestato a……..……

Codice IBAN (27 caratteri)

(SCRIVERE MOLTO CHIARO E IN STAMPATELLO)

Firma del genitore

……..

N.B. Copia documentio identità

La Dirigente Scolastica
Prof. Gabriella Giuliani
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 c.2. DL.gs 39/93)