

**OGGETTO: richiesta rimborso quote esame trinty a.s. 2019/2020**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data nascita e luogo \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RIMBORSO**

**sul codice IBAN risultante dal documento allegato alla presente richiesta.**

della quota di € \_\_\_\_\_

versata per la quota esame TRINITY 2019-2020

Sul conto corrente bancario/postale intestato a: \_\_\_\_\_

Banca: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto allega altresì:

- copia della carta di identità (fotocopia o fotografia);
- copia dell'iban

Luogo, data

FIRMA

\_\_\_\_\_

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993)