

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale  
"G. Castelnuovo"  
Via La Marmora, 20  
50121 Firenze

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 padre       madre       tutore       alunno/a (se maggiorenne)

Dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ che nell'a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ha frequentato e/o  frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ del Vs. Liceo, a seguito

di \_\_\_\_\_ (trasferimento, ritiro, altro)

**CHIEDE**

il rimborso del contributo di Istituto di € 100,00, a suo tempo versato su c/c postale n.° 12886503 intestato a: Liceo Scientifico "G. Castelnuovo" – Firenze.

A tal fine segnala la procedura di rimborso da operare:

emissione di Assegno Bancario non trasferibile (con spese a carico), da inviare al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

accreditalmento su Banca/Banco Posta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(specificare l'Istituto Bancario o l'Ufficio Postale)

Cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

Ha frequentato fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Non ha mai frequentato