Al Dirigente Scolastico
del Liceo Classico - Linguistico "M.T.Cicerone"
Via Fontana vecchia. 2
00044 Frascati

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....

il ...../...../..... e residente in.....via.....

CF																

Recapito telefonico: .....

nella qualità di..... dell'**alunno/a**.....

iscritto alla classe.....sez. ..... indirizzo.....

nell'a.s. 20_____/____

CHIEDE

il **RIMBORSO** relativo al pagamento di € .....(....) a favore del Liceo "M.T.Cicerone" effettuato con causale:

..... per i seguenti motivi:

.....

chiede, altresì, che il rimborso venga effettuato

○ **con accredito c/c bancario Cod. Iban :**

N.B.
La richiesta di rimborso per le TASSE scolastiche versate sul c/c/p 1016 deve essere indirizzata all'Agenzia delle Entrate Centro Operativo di Pescara.

Frascati , .../...../.....

Firma _____

Visto,
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Paola CARDARELLI