

RICHIESTA RIMBORSO TASSE SCOLASTICHE

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.P. "G. Marconi"
di Prato**

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore _____
dello studente/ssa _____, nato/a a _____
il ____ / ____ / _____, residente a _____ (____)
Via/Piazza _____ n. _____
Tel. _____ iscritto/a alla classe _____ nell'anno scolastico _____

DICHIARA

di rinunciare al diritto di frequenza dello studente/ssa, chiede pertanto il rimborso della tassa di Euro _____
versata sul conto corrente dell'Istituto.

_____, il ____ / ____ / _____

Firma
