



*Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della  
Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per il  
Lazio  
ISTITUTO COMPRENSIVO PIAZZA DE  
CUPIS Piazza Cesare De Cupis, 20 -00155  
Roma  
Tel. 062280672 Fax  
0622773406  
e-mail [RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT](mailto:RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT)- pec  
[RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
C.F.: 97713560585- C.U.:  
UFG3NS*

Alle Famiglie  
Al DSGA  
Alla Segreteria Area Contabilità  
Al Sito

Circolare 158

**oggetto: rimborsi alle famiglie per quote versate**

Per il rimborso di quote versate per viaggi di istruzione o progetti a pagamento, del tutto o in parte non attivatisi, le famiglie dovranno compilare con estrema cura l'allegato modulo da inviare a [rmic8e0001@istruzione.it](mailto:rmic8e0001@istruzione.it) specificando nell'oggetto della mail 'RIMBORSO QUOTA VERSATA'.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Lucia De Michele  
Firma sostituita a mezzo stampa art. 3, co. 2, D.lgs.  
39/93

Roma, 15 aprile 2020

# RICHIESTA PER RESTITUZIONE QUOTE VERSATE ALLA SCUOLA

(scrivere in stampatello)

Il/la Sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/,

Codice fiscale: /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_

Residente in (Via, Largo, Piazza, ...) \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, Telefono/cell \_\_\_\_\_

## Genitore/tutore dell'alunno/a

Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_

chiede la restituzione della somma versata di Euro \_\_\_\_\_  
per il seguente viaggio/progetto della Scuola (specificare chiaramente):

---

---

---

---

Motivazione: \_\_\_\_\_

---

A tale scopo **chiede che la restituzione venga corrisposta con accredito in conto corrente identificato dal seguente CODICE IBAN (27 caratteri obbligatori):**

/\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
Paese Cin Iban Cin Iban Codice ABI Codice CAB Numero di Conto Corrente (con gli zeri iniziali)

Beneficiario (intestato a): \_\_\_\_\_

**Allega:** copia/attestazione del versamento effettuato

Copia del documento di identità

Copia della tessera sanitaria

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

Firma

---