**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Classico Statale “F. Capece”**

**73024 Maglie (LE)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **genitore** dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

1. **il rimborso della somma di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ versate per la partecipazione al viaggio di istruzione a Praga con mezzo aereo previsto per il periodo dal 4 all’ 8 marzo 2020 annullato a causa della situazione emergenziale dovuta alla diffusione del COVID-19**

Si chiede che la suddetta somma sia riscossa mediante una delle seguenti modalità:

**Intestatario del c/c** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Accredito C/C bancario:**

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 car. | 2 car. | 1 car | 5 caratteri | 5 caratteri | 12 caratteri |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAESE** | **CHECK** | **CIN** | **ABI** | **CAB** | **N° CONTO** |

* **Accredito C/C Postale:**

Poste Italiane Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 car. | 2 car. | 1 car | 5 caratteri | 5 caratteri | 12 caratteri |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAESE** | **CHECK** | **CIN** | **ABI** | **CAB** | **N° CONTO** |

* **Carta Poste Pay Evolution:** intestata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**allegare copia frontespizio della carta.**

 In Fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_