Ministero dell'Istruzione
Liceo Classico Statale *Paolo Sarpi*
Piazza Rosate, 4 24129 Bergamo tel. 035 237476 Fax 035 223594
email: bgpc02000c@istruzione.it pec: bgpc02000c@pec.istruzione.it
www.liceosarpi.bg.it

MOD ALUNNI/15 - RICHIESTA DI RIMBORSO

Il / La sottoscritt _ _____ nato/a a _____

il____/____/_____ n.tel _____C..F. _____

genitore dello/a studente/ssa _____classe ___sez. ___a.s. 20_____/20_____

C H I E D E

in data ___/___/_____, il rimborso del versamento di € _____ eseguito a

favore di questo Liceo per _____.

Tale richiesta di rimborso è per i seguenti motivi:

☐ Ritiro dall'Istituto; ☐ Mancata partecipazione a visita di istruzione;

☐ Trasferimento ad altro Istituto; ☐ Altro: _____.

Si prega di allegare fotocopia della ricevuta del versamento di cui si chiede il rimborso.

La somma deve essere accreditata sul C/C bancario/postale, IBAN:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

conto intestato a:_____

Banca di appoggio: _____sede_____

In merito al rimborso del contributo volontario dell'anno scolastico in corso in caso di trasferimento ad altra scuola o ritiro dalle lezioni, il Consiglio di Istituto ha deliberato (delibera del 21 gennaio 2015) quanto segue:
1) se la richiesta di rimborso avviene prima dell'inizio delle lezioni verrà rimborsato l'intero importo del contributo;
2) se la richiesta di rimborso avviene dopo l'inizio delle lezioni e prima del 30 settembre verrà rimborsato il 50% dell' importo del contributo ;
3) se la richiesta di rimborso avviene dopo il termine del 30 settembre il rimborso non sarà concesso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione di quanto sopra riportato

FIRMA DEL/LA RICHIEDENTE

_____