

Oggetto: **RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____ nato/a _____	
A il ____ / ____ / ____ della classe ____ sezione ____ indirizzo ____ .	

CHIEDO:	
☐	Il rimborso della somma di € _____ effettuata col sistema "PAGO.PA" il giorno ____ / ____ / ____
☐	Il rimborso della somma di € _____ versate nel C/C/B dell'istituto Magistrale Statale "Duca degli Abruzzi" Treviso IBAN IT29M0569612000000002469X87 della tesoreria presso Banca Popolare di Sondrio, filiale di Treviso.
Motivo del rimborso _____	
Data ____ / ____ / ____	firma _____

COMUNICA il conto corrente (bancario/postale) dove verrà versato l'eventuale contributo

INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE:				C.F.																
NATO/A		IL		RESIDENTE IN VIA		CITTA' CAP														
BANCA:				C.F.																
Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente															

Data ____ / ____ / ____ firma _____

Informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n° 196

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n° 196, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il conferimento del contributo; il trattamento dei dati richiesti sarà effettuato manualmente e con sistemi informatizzati; i dati non saranno comunicati o diffusi a soggetti terzi; il titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico; il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi. La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio e il mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità a proseguire la procedura amministrativa. Lei potrà rivolgersi al titolare del trattamento per far valere i suoi diritti come previsto dall'art. 7 del D. Lgs. 30/06/2003.

Firma del richiedente _____

☐ Visto si autorizza il rimborso	Il Dirigente Scolastico Prof. Stefano Marconato
☐ Visto non si autorizza il rimborso	

Treviso ____ / ____ / ____ _____