



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
"MICHELE GIUA"**



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE  
Via Montecassino n. 41 - 09134 CAGLIARI – Tel. 070.500786 – 070.501745  
email: [catf04000p@istruzione.it](mailto:catf04000p@istruzione.it) PEC: [catf04000p@pec.istruzione.it](mailto:catf04000p@pec.istruzione.it) C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

Al Dirigente Scolastico  
IIS "Michele Giua" – Cagliari

**OGGETTO: Richiesta rimborso contributo Istituto / tassa assicurazione**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore dello/a  
studente/essa \_\_\_\_\_ iscritt \_\_\_\_\_ per l'A.S.  
20\_\_\_\_/\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_ della sede di Cagliari/Assemini

**CHIEDE**

il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ versata in data \_\_\_\_\_ per  
l'iscrizione del/la propri \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_ per il seguente motivo

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

Tel. n. \_\_\_\_\_

Modalità di rimborso:

Accredito in c/c bancario IBAN: \_\_\_\_\_

Accredito in c/c postale IBAN: \_\_\_\_\_

Quietanza diretta

.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_