



**LICEO SCIENTIFICO STATALE**

**“A. EINSTEIN”**

Via A. Einstein, 3 - 20137 MILANO Tel. 02.5413161 - Fax 02.5460852 E-mail: liceoein@tin.it

*Al Dirigente scolastico*

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....

(Prov.....) il.....residente a .....

(Prov.....) in via .....CAP.....

Codice fiscale .....

padre/madre dell’alunno/a.....classe .....

Avendo il figlio superato l’esame del FCE, chiede il rimborso dell’iscrizione al corso **di € 70,00**

*Modalità di rimborso:*

*A mezzo bonifico bancario/postale sul c/c bancario/postale n° .....presso*

**IBAN**

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

*Intestato a .....*

*Assegno circolare da spedire al seguente indirizzo.....*

.....

Distinti saluti

Milano, .....

In fede