CONSERVATORIO
FRESCOBALDI
FERRARA

RICHIESTA RIMBORSO QUOTA PER ALLIEVO/UTENTE MINORENNE

Il sottoscritto/a genitore/tutore_____

Nato/a a _____il _____

TEL/CELL._____Codice fiscale_____

dell'allievo/a_____

Nato/a a _____il _____

TEL/CELL._____Codice fiscale_____

C H I E D E

La restituzione di € _____ _____

relativi al pagamento_____

motivo della restituzione:
_____

Si chiede che l'accredito sia effettuato sul conto corrente

- ☐ Bancario
- ☐ Postale

conto corrente intestato a _____
(in caso di conto corrente cointestato indicare i nomi di tutti I cointestatari)

CODICE IBAN 27 caratteri alfanumerici

BANCA_____

FIRMA del genitore/tutore

_____

Spazio riservato alla segreteria:
In ottemperanza al Regolamento in materia di contribuzione studentesca Decreto Presidenziale n. 2358 del 12/12/2025

- ☐ Si autorizza
- ☐ Non si autorizza la richiesta di rimborso

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott.ssa Anna Facchini

IL DIRETTORE DI RAGIONERIA
dott. Alessio Monari