CONSERVATORIO DI MUSICA
CESARE POLLINI
PADOVA

RICHIESTA RIMBORSO TASSE SCOLASTICHE

Il sottoscritto

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____Prov._____

il_____Nazionalità_____

Residente a_____Prov._____CAP_____

Via_____n._____

tel_____cell._____fax_____

e-mail_____Codice Fiscale _____

MOTIVO DEL RIMBORSO:

_____

_____

_____

COMUNICA I PROPRI DATI BANCARI

BANCA_____

IBAN:

ID NAZ		CIN E		CIN	ABI					CAB					NUMERO CONTO											

IL C/C BANCARIO E' INTESTATO:

COGNOME:_____

NOME: _____

GRADO DI PARENTELA CON LO STUDENTE: _____

Data_____ Firma _____

Sede Centrale: Via Eremitani, 18 – 35121 PADOVA – Tel 049/8750648 – 8763111 – 8759880 – Fax 049/661174
Succursale: Via Bertacchi, 15 – 35127 PADOVA – Tel-Fax 049/754419
C.F. 80013920287 www.conservatoriopollini.it