



**MODULO PER IL RIMBORSO
DEL CONTRIBUTO DI FUNZIONAMENTO**

Al Consiglio di Amministrazione
del Conservatorio di Musica
"N. Piccinni" - BARI

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome dello/la studente/ssa maggiorenne o se minorenni del genitore)

genitore del/la minore _____
(cognome e nome dello/la studente/ssa se minorenni)

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

iscritto al _____ anno del corso _____

cell _____ e-mail _____

CHIEDE

il rimborso del contributo di funzionamento di € _____ versato per l'A.A. _____

per le seguenti motivazioni _____

Si chiede inoltre che il rimborso spettante possa essere effettuato con accredito sul proprio c/c con IBAN:

(riportare l'IBAN di 27 cifre)

Indicare il CODICE FISCALE dell'intestatario del c/c _____

Indicare il NOMINATIVO e il GRADO di parentela con l'intestatario del c/c,
se diverso dal richiedente _____

Si allegano: ricevuta PagoPa della quale si richiede il rimborso e copia del documento di riconoscimento dello studente e dell'intestatario del c/c, se diverso dallo studente.

Data _____

Firma del dichiarante

(dello studente se maggiorenne, del genitore se minore)

Le domande dovranno essere inviate alla e-mail pre-afam@consba.it e **non verranno accettate domande incomplete e senza copia della ricevuta PagoPa e copia del documento.**