

**RICHIESTA RIMBORSO TASSE**

Al Direttore  
del Conservatorio Statale di Musica  
"G.Rossini"

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
recapito telefonico n. \_\_\_\_\_  
iscritto a \_\_\_\_\_

**RICHIEDE IL RIMBORSO TASSE PER:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Pagamento tramite:

o assegno

o bonifico

<b>BANCA</b>																			
	ID NAZ.	CIN E	CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO							
<b>IBAN</b>																			

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_