# MODULO C
# RICHIESTA RIMBORSO ACCONTO

**Corso di Specializzazione Monovalente per l'insegnamento agli alunni sordi**

**Al Dirigente Scolastico**
**dell'Istituto Statale d'Istruzione Specializzata per Sordi «Antonio Magarotto»**
Vicolo del Casal Lumbroso 129
00166 ROMA

**Inviare tramite PEC a:** monovalentemagarotto@pec.it

---

OGGETTO: **Richiesta di rimborso della prima rata (acconto € 300,00) versata per la partecipazione al Corso di Specializzazione Monovalente (a.s. 2026/2027) a causa della mancata attivazione del corso.**

Il/La sottoscritto/a:

- **Cognome:** _____
- **Nome:** _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Nato/a a:** _____ Prov. (____) il _____
- **Residente a:** _____ Prov. (____) C.A.P. _____
- **Indirizzo:** Via/Piazza _____ n. ____
- **Telefono/Cellulare:** _____
- **E-mail ordinaria (PEO):** _____
- **Posta Elettronica Certificata (PEC):** _____

---

## CHIEDE

il rimborso della quota di acconto di **€ 300,00** (prima rata), versata in data _____ tramite CCP n. 38681029 / Bonifico Bancario per la partecipazione alla selezione del

Corso di Specializzazione Monovalente per l'insegnamento agli alunni sordi (a.s. 2026/2027).

La presente richiesta è motivata dal fatto che il corso in oggetto non è stato avviato nelle modalità previste dal bando.

---

## MODALITÀ DI RIMBORSO (Coordinate Bancarie - IBAN)

Si richiede che il rimborso venga accreditato sul conto corrente intestato al/la sottoscritto/a (o cointestato):

- **Istituto Bancario / Poste:** _____
- **Intestatario Conto:** _____
- **Codice IBAN:**

  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

---

## DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia di un documento di identità in corso di validità.
- Copia della ricevuta di avvenuto pagamento della prima rata (€ 300,00) effettuata tramite CCP / Bonifico.

---

**Luogo e Data:** _____, _____

**Firma del richiedente**
*(estesa e leggibile)*

_____