

Adesione all'applicazione



Al Dirigente Scolastico
 dell'Istituto Comprensivo "Bertacchi"
 Piazza Don P. Bormetti, 1 – Chiavenna
 Tramite e-mail: soic80500d@istruzione.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Barrare la casella corrispondente

- Padre
 Madre
 Tutore

Indirizzo e-mail

al fine di utilizzare l'applicazione PagoinRete, chiede di associare il proprio nominativo ai sottoindicati figli:

Cognome e Nome del **primo** figlio studente presso l'Istituto

..... Cod. Fiscale Classe Sezione

Cognome e Nome del **secondo** figlio studente presso l'Istituto

..... Cod. Fiscale Classe Sezione

Cognome e Nome del **terzo** figlio studente presso l'Istituto

..... Cod. Fiscale Classe Sezione

Dichiarazione di aderire al progetto PagoinRete

Con la presente adesione il/la sottoscritto/a autorizza **l'Istituto Comprensivo "G. Bertacchi"** ad associare il Suo nominativo al nominativo dell'alunno/degli alunni sopraindicati per potere utilizzare l'applicazione PagoinRete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

Luogo e data

Firma del genitore o del tutore

.....

.....