

Dichiarazione di adesione all'applicazione
Autorizzazione ad associare il proprio nome

Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Patrizia Santini
Istituto Comprensivo Ai nostri caduti
Trezzo sull'Adda (MI)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

(barrare la casella appropriata con una X sul quadratino)

- Padre
 Madre
 Tutore/Affidatario/ _____

Indirizzo email _____ @ _____

Al fine di utilizzare l'applicazione Pago in Rete,

CHIEDE

di associare il proprio nominativo ai sottoindicati Alunni:

(SCRIVERE IN STAMPATELLO E IN MODO LEGGIBILE)

	Cognome e Nome Alunno/a	Codice Fiscale	Classe Sezione	Scuola e Plesso
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

-DI ADERIRE all'applicazione PAGO IN RETE per effettuare i pagamenti dovuti all'Istituto Comprensivo Statale "Ai nostri caduti" di Trezzo sull'Adda (MI);

AUTORIZZA

I'Istituto Comprensivo Statale "Ai nostri caduti" di Trezzo sull'Adda (MI)

-AD ASSOCIARE il proprio nominativo a quello dei predetti Alunni/e al fine di effettuare in loro favore i versamenti comunicati dalla Scuola.

Firma del Genitore/Tutore/Affidatario

Trezzo sull'Adda, _____ / _____ /2021