	ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE "GUIDO GALLI" - BERGAMO	
	RICHIESTA PAGAMENTO UNIFICATO	

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL' I.S. "GUIDO GALLI" - BG

Il sottoscritto _____ genitore (o tutore) dell'alunno/a _____ nato/a il _____ a _____

frequentante la classe a.s. 2022/23 _____ Indirizzo_____

CHIEDE

di poter pagare in un'unica soluzione (EVENTO UNICO DI PAGAMENTO) le seguenti quote richieste ai fini dell'Iscrizione alla classe a.s. 2023/24_____ Indirizzo_____:

(crocettare le voci di interesse)

- ☐ ASSICURAZIONE (€ 10.00)
- ☐ COSTI GENERALI (€ 25.00)
- ☐ COSTI GENERI ALIMENTARI I RATA (quota variabile per classe e indirizzo come da circ.)
- ☐ COSTI GENERI ALIMENTARI II RATA (quota variabile per classe e indirizzo come da circ.)
- ☐ EROGAZIONE LIBERALE (€60)

Per un totale di Euro _____

Data _____ _____

(Firma del Genitore)